KINGA STĘPLEWSKA

KLIENT NA RYNKU UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

WYBRANE PROBLEMY NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

KLIENT NA RYNKU UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

KINGA STĘPLEWSKA

KLIENT NA RYNKU UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

WYBRANE PROBLEMY NA PRZYKŁADZIE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

Wydawnictwo
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
Kielce 2016

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Recenzent
prof. dr hab. Stanisław Wieteska

Redakcja i korekta
Paulina Warzycha

Projekt okładki
Anna Domańska

Formatowanie komputerowe
Józef Bąkowski

Copyright © by Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego,
Kielce 2016

ISBN 978-83-7133-660-7

Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego
25-369 Kielce, ul. Żeromskiego 5
tel. 41 349 72 65
fax 41 349 72 69
http://www.ujk.edu.pl/wyd
e-mail: wyd@ujk.edu.pl

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Spis treści

Wykaz skrótów i oznaczeń 7
Wstęp 9

ROZDZIAŁ 1.RYNEK UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE – ROZWÓJ I ZASADY FUNKCJONOWANIA

1.1. Charakterystyka ubezpieczeń na życie 13
1.1.1. Pojęcie, podmiot, przedmiot, zakres ubezpieczenia na życie . . . 13
1.1.2. Istota, cel oraz funkcje ubezpieczeń na życie 27
1.1.3. Polisa na życie jako produkt 29
1.2. Geneza i rozwój ubezpieczeń na życie 30
1.2.1. Zarys rozwoju ubezpieczeń na życie do 1990 roku 30
1.2.2. Ubezpieczenia na życie w Polsce w latach 1991–2006 34
1.3. Klasyfikacje ubezpieczeń na życie i metody ich dystrybucji 51
1.3.1. Rodzaje ubezpieczeń na życie 51
1.3.2. Produkty oferowane w Polsce (na przykładzie wybranych towarzystw ubezpieczeń na życie) 56
1.3.3. Kanały dystrybucji ubezpieczeń życiowych 66

ROZDZIAŁ 2.CHARAKTERYSTYKA ZACHOWAŃ RYNKOWYCH KLIENTÓW NA RYNKU UBEZPIECZENIOWYM

2.1. Potrzeby jako podstawa zachowań klientów 73
2.1.1. Zachowanie konsumentów na rynku – ujęcie teoretyczne 73
2.1.2. Potrzeba ubezpieczeniowa w hierarchii potrzeb człowieka 84
2.1.3. Świadomość potrzeby bezpieczeństwa a świadomość ubezpieczeniowa 87
2.2. Czynniki wpływające na zachowania klientów indywidualnych na rynku usług ubezpieczeniowych 91
2.2.1. Rola czynników ekonomicznych w kształtowaniu decyzji zakupu ubezpieczenia 92
2.2.2. Uwarunkowania społeczne zachowań konsumentów usług ubezpieczeniowych 99
2.2.3. Pozostałe determinanty zachowań konsumenta na rynku ubezpieczeniowym 102

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

2.3. Teorie kształtowania więzi zakładu ubezpieczeń z klientem 105
2.3.1. Czynniki wpływające na lojalność klienta 105
2.3.2. Kształtowanie satysfakcji klienta 109
2.3.3. Zaufanie a więź z klientem 112
2.4. Badania nad zachowaniami konsumentów na polskim rynku ubezpieczeniowym 115

ROZDZIAŁ 3.KLIENT NA ŚWIĘTOKRZYSKIM RYNKU UBEZPIECZEŃ ŻYCIOWYCH

3.1. Metodologia badań 117
3.2. Charakterystyka badanej zbiorowości klientów 121
3.3. Czynniki wpływające na decyzje ubezpieczonych na życie w świetle badań empirycznych 129
3.3.1. Okoliczności towarzyszące podejmowaniu decyzji o ubezpieczeniu oraz źródła informacji o ubezpieczeniach 129
3.3.2. Ekonomiczne i społeczne determinanty wyboru ubezpieczyciela i produktu ubezpieczeniowego 138
3.3.3. Czynniki determinujące znajomość posiadanego produktu przez ubezpieczonego 152

ROZDZIAŁ 4.ZASTOSOWANIE W PRAKTYCE WYNIKÓW BADAŃ O ZACHOWANIACH KONSUMENTÓW

4.1. Nowe spojrzenie na metodologię badań nad zachowaniami ubezpieczonych na życie 163
4.2. Relacje: pośrednik ubezpieczeniowy a ubezpieczający/ubezpieczony 165
4.3. Relacje: ubezpieczający/ubezpieczony a zakład ubezpieczeń 166
4.4. Determinanty w zakresie konstrukcji ogólnych warunków ubezpieczenia 169
4.5. Kształtowanie świadomości ubezpieczeniowej 171

Zakończenie 173
Załączniki 175
Bibliografia 179
Spis tabel 191
Spis wykresów 193

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Wykaz skrótów i oznaczeń

(!)	=	oznaczenie wyniku dla testu χ^2, który został przeprowadzony na podstawie danych niespełniających wymagań co do liczebności oczekiwanych (tj. ponad 20% o $n < 5$), a tym samym jego wynik może nie być wiarygodny
AL	=	Amplico Life SA
CU	=	Commercial Union Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
GCH	=	umowa dodatkowa na wypadek groźnej choroby
KNF	=	Komisja Nadzoru Finansowego
KNUiFE	=	Komisja Nadzoru Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych
n_1	=	liczebność w momencie zawierania umowy
n_2	=	liczebność w momencie przeprowadzania badania
NNW	=	umowa dodatkowa od następstw nieszczęśliwych wypadków
NP	=	umowa dodatkowa niezdolność do pracy
NW	=	nieszczęśliwy wypadek
OECD	=	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
OM	=	umowa dodatkowa pobyt w szpitalu/operacja/opieka medyczna
owu	=	ogólne warunki ubezpieczenia
PZU Życie	=	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie SA
ŚD	=	umowa dodatkowa śmierć dziecka
TU	=	towarzystwo ubezpieczeniowe
UE	=	Unia Europejska
UFG	=	Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny
UFK	=	ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy
US	=	umowa dodatkowa ubezpieczenie składki

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Wstęp

Wraz z początkiem przemian ustrojowych w Polsce u progu lat dziewięćdziesiątych wprowadzono także zmiany na rynku ubezpieczeń życiowych. W Polsce Ludowej sprzedawane były głównie ubezpieczenia grupowe pozostające w zgodzie z ówczesną ideologią. Dostęp do ubezpieczeń indywidualnych był ograniczony, a jedynym towarzystwem oferującym ubezpieczenia na życie pozostawał Państwowy Zakład Ubezpieczeń. Władza socjalistyczna w wielu dziedzinach życia zdejmowała z obywatela obowiązek ubezpieczania lub uniemożliwiała mu podejmowanie własnych inicjatyw w tym zakresie. Z tego względu wiedza Polaków na temat ubezpieczeń i świadomość konieczności samodzielnego zadbania o przyszłość swoją i najbliższych – zarówno w minionej epoce, jak i na początku przemian – była niewielka. Faktyczny rozwój ubezpieczeń indywidualnych rozpoczął się wraz z wejściem w życie ustawy o działalności ubezpieczeniowej w 1990 r. Na polskim rynku rozpoczęły działalność zakłady z udziałem kapitału zagranicznego, dając Polakom do wyboru różne rodzaje ubezpieczeń. W swojej pierwotnej wersji ubezpieczenia te były mało rozbudowane, mało elastyczne, a tym samym mniej korzystne dla klienta w porównaniu z obecnie oferowanymi produktami. Mimo tego, przeprowadzona kampania reklamowa i niskie zrozumienie istoty ubezpieczeń spowodowały, że wiele osób przystąpiło do umów ubezpieczenia. Część z tych ludzi, po kilku latach rozczarowana posiadanym produktem, zrezygnowała z niego. Pozostała część zdecydowała się kontynuować podpisaną umowę. Rodzi się zatem pytanie, jakie czynniki, zarówno ekonomiczne, jak i społeczne, wpłynęły na decyzję o zawarciu i kontynuacji umowy podpisanej przed 1998 r.

Wiedza Polaków na temat ubezpieczeń oraz determinanty zachowań klientów na rynku stanowiły przedmiot wielu badań. Nie były one jednak ukierunkowane zdecydowanie na osoby posiadające ubezpieczenie na życie, a tym bardziej na tę specyficzną grupę osób, które zdecydowały się podpisać umowę na początku lat dziewięćdziesiątych i kontynuowały ją przez co najmniej 10 lat.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Uwzględniając powyższe przesłanki, głównym celem niniejszej publikacji stała się identyfikacja i analiza czynników ekonomiczno-społecznych wpływających na zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie oraz jej kontynuację przez kolejne lata.

Z uwagi na teoretyczno-empiryczny charakter monografii uwzględniono w niej jako źródła informacji: literaturę z zakresu rynku ubezpieczeniowego, zachowania konsumenta na rynku oraz metodologii badań rynkowych, a przede wszystkim wyniki uzyskane z badań empirycznych przeprowadzonych przez autorkę.

Analiza empiryczna została oparta na anonimowej ankiecie skierowanej do osób posiadających czynną polisę indywidualnego ubezpieczenia na życie, zakupioną w latach 1994–1997. Badaniem zostali objęci mieszkańcy województwa świętokrzyskiego.

Monografia składa się z czterech rozdziałów, wstępu i zakończenia.

Rozdział pierwszy stanowi wprowadzenie do tematyki ubezpieczeniowej, systematyzuje pojęcia z zakresu ubezpieczeń i ubezpieczeń na życie, przedstawia ich klasyfikację i rodzaje dystrybucji. W rozdziale tym została opisana także historia ubezpieczeń do 1990 r., zmiany na rynku i w prawodawstwie ubezpieczeniowym w Polsce po 1990 r. oraz rodzaje produktów ubezpieczeniowych, oferowanych przed 1998 r. i w 2007 r. przez największe i najdłużej działające towarzystwa ubezpieczeniowe na naszym rynku.

W rozdziale drugim zaprezentowano modele rynkowych zachowań klientów, a w szczególności na rynku indywidualnych ubezpieczeń na życie. Ponadto w tej części pracy zostały omówione czynniki, które wpływają na decyzje klientów z uwzględnieniem podziału na ekonomiczne i społeczne. Przedstawiono także sposoby kształtowania lojalności i więzi z klientami.

W rozdziale trzecim opisano metody przygotowania i przeprowadzenia badań ankietowych, dobór próby badawczej, sposoby opracowania i prezentacji zebranych danych. Przedstawiono również charakterystykę próby badawczej oraz zastosowane metody analizy danych i wykorzystane wskaźniki. Dalsza część szczegółowo prezentuje wyniki przeprowadzonych analiz, uwzględniając okoliczności towarzyszące podejmowaniu decyzji o ubezpieczeniu oraz źródła informacji o ubezpieczeniach, determinanty wyboru ubezpieczyciela i rodzaju ubezpieczenia, stan znajomości posiadanego produktu przez ubezpieczonego.

W rozdziale czwartym przedstawiono praktyczne możliwości wykorzystania wyników badania, koncentrując się na relacjach pomiędzy klientem a pośrednikiem ubezpieczeniowym i zakładem ubezpieczeń

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

na życie. Zaprezentowano również wskazania dotyczące budowy produktów ubezpieczeniowych oraz metodologii badań w zakresie zachowania konsumenta na rynku ubezpieczeń na życie.

Monografia przeznaczona jest dla wszystkich zainteresowanych problematyką funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego. W szczególności wyniki przeprowadzonych badań empirycznych mogą być wykorzystywane przez zakłady ubezpieczeń do budowania właściwych relacji z klientami oraz podczas modyfikacji istniejących lub tworzenia nowych produktów ubezpieczeniowych. Praca uwzględnia stan prawny na 2011 r.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

RYNEK UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE – ROZWÓJ I ZASADY FUNKCJONOWANIA

1.1. Charakterystyka ubezpieczeń na życie

1.1.1. Pojęcie, podmiot, przedmiot, zakres ubezpieczenia na życie

Ze względu na złożoność problematyki, jak i ciągłą jej ewolucję, w literaturze trudno znaleźć jedną zwartą definicję ubezpieczeń, a szczególnie ubezpieczeń życiowych. Większość znanych definicji odnosi się do ubezpieczeń majątkowych, a ich zastosowanie do ubezpieczeń życiowych może nastąpić tylko w drodze szerokiej interpretacji.

W 1928 r. J. Łazowski zdefiniował pojęcie wiedzy ubezpieczeniowej, pisząc:

> Jest to ogół uporządkowanych naukowo wiadomości, służących do poznania istoty i zasad działania ubezpieczeń oraz określających warunki ich dalszego rozwoju. Jest więc wiedza ubezpieczeniowa syntetycznym ujęciem dorobku naukowego zarówno ekonomii i prawa, jak i matematyki, przyrodoznawstwa, o ile dorobek ten służy dla ustalenia natury gospodarczej ubezpieczenia, określenia jego roli, możliwości i granic oraz stworzenia podstaw racjonalnego funkcjonowania w zależności od obiektów podlegających ubezpieczeniu[1].

Dynamiczny rozwój ubezpieczeń na świecie na przełomie XIX i XX w. spowodował pogłębienie rozważań teoretycznych w tej dziedzinie. Powstało wtedy wiele różnych definicji ubezpieczeń. Wybrane przedstawiono poniżej:

- „ubezpieczenie jest instytucją gospodarczą, która usuwa lub zmniejsza zgubne skutki wynikające z oddzielnych przypadkowych i nie-

[1] M. Szczęśniak, *Zarys dziejów ubezpieczeń na ziemiach polskich*, Warszawa 2003, s. 309.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

przewidzianych zdarzeń oraz rozkłada te skutki na podmioty, którym groziło to samo niebezpieczeństwo" (**A. Wagner**);

- ⇨ ubezpieczenie ma na celu „wyrównywanie zgubnych następstw, wynikających ze zdarzeń niesprzyjających życiu gospodarczemu" (**Baecher**);
- ⇨ „ubezpieczenie rzeczowe czy osobowe ma w najgłębszej swej podstawie solidarne zjednoczenie ubezpieczających dla wyrównania strat" (**A.E. Schaeffle**);
- ⇨ ubezpieczenie to „instytucja gospodarcza, oparta na zasadzie pomocy wzajemnej, która stawia sobie za cel zaspokojenie indywidualnych lub zbiorowych potrzeb przez niedopuszczenie do poniesienia szkody gospodarczej, albo zapobieżenie zmniejszaniu się kapitału na skutek przypadkowych, statystycznie obliczalnych zdarzeń" (**R. Marschner**);
- ⇨ ubezpieczenie to „zjednoczenie ryzyk, mające na celu wyrównanie szkód" (**Krosta**);
- ⇨ „ubezpieczenie jest to wzajemne pokrycie przypadkowej, dającej się w pieniądzu oszacować potrzeby w ramach zrzeszania wielu identycznie zagrożonych jednostek gospodarczych" (**A. Manes**);
- ⇨ ubezpieczenie to „rodzaj działalności gospodarczej, oparty na zasadach solidarności i wzajemności, mający na celu zaspokojenie potrzeby wywołanej powstaniem przypadkowego i jednocześnie dającego się ująć statystycznie zdarzenia" (**K. Gregorowicz Wobłyj**);
- ⇨ celem ubezpieczeń „jest wynagradzanie rzeczywistych strat, z przyczyn losowego wypadku wyniknąć mogących, pod żadnym pozorem nie może ono służyć ubezpieczonemu za źródło ciągnienia zeń jakichkolwiek innych zysków i korzyści, prócz uzyskania wynagrodzenia, odpowiedniego istotnie poniesionym a zabezpieczonym stratom, przez wypadek losowy, lecz nie złą wolę ubezpieczonego zrządzonym" (**B. Mayzel**);
- ⇨ „ubezpieczenie jest organizacją gospodarczą, mającą na celu zaspokojenie przyszłych potrzeb lub zmierzającą ku odtworzeniu zniszczonych przez losowe wydarzenia dóbr materialnych" (**W. Strzelecki**);
- ⇨ „ubezpieczenie jest umową pomiędzy jednostką a przedsiębiorstwem ubezpieczeniowym, na podstawie której jednostka ma prawo żądania od przedsiębiorstwa wynagrodzenia za określoną w tejże umowie stratę, w zamian za oznaczone opłaty" (**I. Biskupski**)[2];

---

[2] *Ibidem*, s. 311–315.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

- ubezpieczenie to „urządzenie umożliwiające zastąpienie niepewnej, lecz wielkiej straty niewielką, lecz pewną stratą – składką ubezpieczeniową" (**A.L. Mayerson**);
- „ubezpieczenie jest metodą zarządzania ryzykiem poprzez transfer ryzyka z jednostki (w drodze umowy) na wyspecjalizowany podmiot (zakład ubezpieczeń), który organizuje dystrybucję ryzyka pomiędzy większą liczbę podmiotów, którym zagraża podobne ryzyko"[3];
- „ubezpieczenie jest operacją, przez którą jedna strona, ubezpieczony, w zamian za opłatę składki zapewnia sobie lub osobie trzeciej, w przypadku zrealizowania się jakiegoś ryzyka, świadczenie strony drugiej, ubezpieczyciela, który przejmując wielką liczbę ryzyk, kompensuje je zgodnie z prawami statystyki"[4] (**J. Hemard**);
- „ubezpieczenie to urządzenie gospodarcze, zapewniające pokrycie przyszłych potrzeb majątkowych, wywołanych u poszczególnych jednostek przez odznaczające się pewną prawidłowością zdarzenia losowe, w drodze rozłożenia ciężaru tego pokrycia na wiele jednostek, którym te zdarzenie zagrażają"[5] (**J. Łazowski**).

Większość przedstawionych definicji odnosi się do ubezpieczeń majątkowych. Jednak wszystkie te, które nie wiążą ubezpieczeń tylko ze szkodą lub wypadkiem, ale mówią o pokryciu określonej potrzeby, obejmują swoim zakresem także ubezpieczenia życiowe (np. J. Hemard, J. Łazowski). Nie mniej brak w nich odniesienia do przesunięcia środków finansowych, jakie ma miejsce w tego rodzaju ubezpieczeniach, i to nie tylko w odniesieniu do produktów inwestycyjnych, lecz także pozostałych typów ubezpieczeń, w których opłacanie ujednoliconej składki przez cały okres powoduje powstanie nadwyżek (stosunkowo wysoka składka względem prawdopodobieństwa zrealizowania się ryzyka) wykorzystywanych później, kiedy wysokość składki jest stosunkowo niska względem ryzyka[6].

Definicje odnoszące się ściśle do ubezpieczeń życiowych zaproponowali B. Hadyniak i E. Stroiński. Pierwszy z nich określił **ubezpieczenia na życie** jako „urządzenie ekonomiczne przenoszące ryzyko ekonomicznych skutków zdarzenia dotyczącego życia ubezpieczonego

---

[3] I. Kwiecień, *Rola i istota ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Warszawa 2002, s. 37.

[4] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Warszawa 2003, s. 16.

[5] J. Łazowski, *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Sopot [ca 1998], s. 6.

[6] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 17.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

z ubezpieczonego lub/i osób z nim ekonomicznie związanych na towarzystwo ubezpieczeń za pomocą funduszu świadczeń zwanego funduszem ubezpieczeniowym na podstawie umowy cywilnoprawnej”[7]. Drugi, podsumowując różne definicje, stwierdził, że ubezpieczenie na życie „to zarówno instrument rozłożenia skutków finansowych, jakie mogą wyniknąć w związku z realizacją ryzyka, które wystąpiło u niektórych tylko osób, ale groziło wszystkim ubezpieczonym, jak i instrument przemieszczania w czasie i pomnażania środków finansowych osób zawierających ubezpieczenie”[8].

Zatem ubezpieczenie na życie to nie tylko instrument pozwalający na przeniesienie ryzyka z ubezpieczonego na ubezpieczyciela, w którego ramach ubezpieczyciel zobowiązuje się do zaspokojenia przyszłych potrzeb (w zamian za opłatę) wywołanych powstaniem przypadkowego, ale możliwego do ujęcia statystycznego zdarzenia. Jest to również instrument przemieszczania w czasie i pomnażania środków osób przystępujących do umowy ubezpieczenia.

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej definiuje **działalność ubezpieczeniową** jako „wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych” (Dz.U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1151 art. 3 pkt. 1).

Pojęcie ubezpieczenia na życie od dawna było używane w odniesieniu do ubezpieczeń obejmujących ryzyko śmierci. Jednak ustawa o działalności ubezpieczeniowej taką nazwę nadała całemu I działowi ubezpieczeń i zaliczyła do niego zarówno ubezpieczenia na życie w dawnym rozumieniu, jak i np. ubezpieczania na dożycie, rentowe, posagowe[9].

Podmiotem ubezpieczenia na życie jest ubezpieczony, natomiast **przedmiotem ubezpieczenia**, ogólnie ujmując, jest życie i zdrowie ubezpieczonego[10].

Ubezpieczenia, w tym ubezpieczenia na życie, mają zapewnić **ochronę ubezpieczeniową**, którą można określić jako całokształt dzia-

---

[7] B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, w: *Podstawy ubezpieczeń. Tom II – produkty*, red. J. Monkiewicz, Warszawa 2001, s. 89.

[8] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 17.

[9] W. Sułkowska, *Ubezpieczenia życiowe*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, Kraków 2007, s. 105. Stosowane w pracy sformułowanie „ubezpieczenia życiowe” odnosi się ogólnie do ubezpieczeń Działu I.

[10] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 404.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

łań mających na celu zrekompensowanie niepożądanych następstw czynników losowych lub innych, podejmowanych przez ubezpieczyciela, na warunkach ustalonych przez niego i zaakceptowanych przez ubezpieczającego. Ceną tej ochrony jest składka, a konsekwencją jej sprzedaży wypłata świadczenia[11].

Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy tylko tych nieprzewidywalnych zdarzeń, które powodują stratę lub potrzebę materialną. Dla takich zdarzeń nie da się zatem przewidzieć straty. Zdarzenia takie nazywa się **zdarzeniami losowymi**[12]. W ubezpieczeniach na życie pojęcie zdarzenia losowego rozumiane jest szeroko i nie jest identyczne jak w rozumieniu prawa czy w sensie filozoficznym. Losowość związana jest tutaj ze zdarzeniami, które odbywają się wbrew woli jednostki lub niezależnie od niej, jednak dopuszcza się pewien subiektywny wpływ na możliwość zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego[13].

Wypadek charakteryzuje się tym, że jest to zdarzenie przyszłe, niepewne, niezależne od woli jednostki. **Wypadek ubezpieczeniowy** to zdarzenie losowe objęte ochroną ubezpieczeniową, które może nastąpić wskutek zamierzonego działania człowieka oraz niezależnie od niego (działanie sił przyrody)[14].

W ubezpieczeniach na życie wypadkiem ubezpieczeniowym jest śmierć ubezpieczonego lub dożycie przez niego określonego w umowie wieku[15]. Należy jednak zauważyć, że najważniejsze z ryzyk – śmierć ubezpieczonego – jest zdarzeniem pewnym, nie spełnia więc wszystkich kryteriów zdarzenia losowego, co w konsekwencji oznacza, że nie powinno podlegać ubezpieczeniu w ramach umów bezterminowych. Ze względu jednak na nieznajomość czasu i okoliczności nastąpienia śmierci włącza się ją do wypadków ubezpieczeniowych[16].

Nieszczęśliwy wypadek jest pojęciem powszechnie stosowanym w ubezpieczeniach, brak jednak jego jednoznacznej definicji. Praktyka ubezpieczeniowa doprowadziła do powstania względnie jednolitego rozumienia tego pojęcia. W owu zwykle przyjmuje się, że

---

[11] *Ubezpieczenia gospodarcze. Ryzyko i metodologia oceny*, red. T. Michalski, A. Karmańska, A. Śliwiński, Warszawa 2004, s. 2.

[12] T. Michalski, R. Pajewska, *Ubezpieczenia gospodarcze*, Warszawa 2001, s. 8.

[13] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 36; art. 2 pkt 1 ppkt 18 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz.U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1151 z późn. zm.

[14] T. Monkiewicz, *Umowa ubezpieczenia na życie*, w: *Podstawy ubezpieczeń. Tom II*, s. 45.

[15] *Vademecum ubezpieczeń gospodarczych*, red. T. Sangowski, Poznań 1998, s. 204.

[16] W. Sułkowska, *Ubezpieczenia życiowe*, s. 106.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

nieszczęśliwy wypadek objęty ubezpieczeniem to zdarzenie wywołane przez siły działające z zewnątrz na ciało osoby ubezpieczonej, występuje w sposób nagły, działa wbrew woli poszkodowanego oraz powoduje uszczerbek na zdrowiu (kalectwo) bądź śmierć osoby ubezpieczonej. Nie jest więc nieszczęśliwym wypadkiem np. nagła, ale naturalna śmierć[17].

Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku dojdzie do **uszczerbku na zdrowiu**, ważne jest określenie jego stopnia (w procentach). Trwały uszczerbek na zdrowiu oznacza stały i niezmienny stan, z kolei długotrwały uszczerbek na zdrowiu rozumie się jako naruszenie sprawności organizmu, powodujące upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający sześć miesięcy i mogący ulec poprawie[18].

Niezdolność do pracy na ogół oznacza trwałe i całkowite inwalidztwo ubezpieczonego, uniemożliwiające wykonywanie pracy. Wyróżnia się trzy poziomy tej niezdolności: niezdolność do wykonywania własnego zawodu, niezdolność do wykonywania żadnego zawodu związanego z dotychczas wykonywanym bądź wynikającym z wykształcenia lub podobnej pracy, niezdolność do jakiejkolwiek pracy[19].

Przez **umowę ubezpieczenia na życie** (wg T. Sangowskiego) rozumie się „umowę, na podstawie której zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do spełnienia świadczenia umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej, natomiast ubezpieczający zobowiązuje się do zapłacenia składki”[20] (co jest zgodne z definicją zawartą w art. 805 Kodeksu cywilnego[21]).

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia, jeżeli została ona zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, przy czym czas ten (w przypadku osoby fizycznej) nie może być krótszy niż 30 dni (art. 812 § 4 k.c.).

Stronami umowy ubezpieczenia na życie są: **ubezpieczyciel** – zakład ubezpieczeniowy, który przejmuje ryzyko wskazane w umowie, pobierając za to składkę, oraz **ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna bądź jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości

---

[17] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 240–241.

[18] *Ibidem*, s. 246.

[19] *Ibidem*, s. 251–252.

[20] *Vademecum*, s. 204.

[21] Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. Nr 16 poz. 93 z późn. zm.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

prawnej[22]. Zgodnie z Kodeksem cywilnym (art. 805) ubezpieczającym jest podmiot prawa cywilnego, który zawarł umowę ubezpieczenia i jest zobowiązany do zapłacenia składki ubezpieczeniowej w zamian za wypłatę świadczenia przez towarzystwo ubezpieczeniowe w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego[23]. W stosunku prawnym uczestniczą jeszcze takie podmioty jak ubezpieczony i uposażony.

Ubezpieczony to osoba, na której życie zawarta jest umowa, może nim być sam ubezpieczający (osoba fizyczna) lub inna osoba wymieniona w umowie. Zazwyczaj mamy do czynienia z pierwszym przypadkiem. Ubezpieczony jest podmiotem stosunku prawnego, ale nie stroną samej umowy. Podstawowym obowiązkiem ubezpieczonego jest dokładne i zgodne z prawdą wypełnienie wniosku ubezpieczeniowego[24]. Aby zawrzeć ubezpieczenie na rzecz cudzego życia, należy wykazać tzw. interes ubezpieczeniowy (np. gdy chodzi o życie własne i współmałżonka, w przypadku zależności materialnej)[25]. Do zawarcia/zmiany umowy konieczna jest również zgoda ubezpieczonego (art. 829 § 2 k.c.). Ubezpieczenie na rzecz osoby trzeciej może przybrać formę umowy na cudzy rachunek lub na rzecz osoby trzeciej *sensu stricto*. W przypadku ubezpieczenia na cudzy rachunek ubezpieczający ubezpiecza życie (świadczenie wypłacane jest osobie wskazanej przez ubezpieczonego) lub zdrowie innej osoby (świadczenie wypłacane jest dla ubezpieczonego)[26]. W ubezpieczeniu *sensu stricto* ubezpieczający ubezpiecza np. własne życie, jest zatem równocześnie ubezpieczonym i przenosi prawo do świadczenia na osobę trzecią (uposażonego)[27].

Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia[28] w razie śmierci osoby ubezpieczonej; może również zawrzeć umowę ubezpieczenia na okaziciela. Ubezpieczający może każde z tych zastrzeżeń zmienić lub odwołać w każdym czasie. Umowa lub owu mogą jednak przewidywać, że te uprawnienia ubezpieczony będzie wykonywał samodzielnie (art. 831

---

[22] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 398.

[23] M. Szczepańska, *Ubezpieczenie na życie. Aspekty prawne*, Warszawa 2008, s. 119.

[24] T. Monkiewicz, *Umowa ubezpieczenia*, s. 48, 53.

[25] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 31.

[26] A. Tadla, *Umowa ubezpieczenia na życie*, Warszawa 2000, s. 31.

[27] W. Sułkowska, *Ubezpieczenia. Zagadnienia podstawowe*, Prace Naukowe WSZiB, poz. 35, Kraków 2001, s. 76.

[28] Suma ubezpieczenia – kwota, która określa maksymalne zobowiązanie towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (zawarta w polisie lub innym dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

k.c.). Osoby uprawnione do otrzymania świadczenia po śmierci ubezpieczonego w ubezpieczeniach na życie nazywa się **uposażonymi**[29] (beneficjentami). Wskazanie uposażonego nie musi być imienne, ważne, aby ta osoba była oznaczalna (np. dzieci, rodzeństwo)[30].

W ubezpieczeniach na życie możliwe jest **ubezpieczenie dwóch osób**, wówczas świadczenie najczęściej wypłacane jest w przypadku śmierci pierwszej osoby. Zazwyczaj takie ubezpieczenie zawierają małżonkowie, wskazując jako uposażonego pozostałego przy życiu małżonka, można wskazać również inną osobę uprawnioną do świadczenia[31].

Współubezpieczony to osoba objęta ubezpieczeniem, będąca członkiem najbliższej rodziny (powszechnie występuje w ubezpieczeniach grupowych)[32].

Dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia na życie jest najczęściej **polisa**[33]. W treści polisy powinny być wyszczególnione: strony umowy, ubezpieczony, uposażeni, zakres ubezpieczenia, suma ubezpieczenia, wysokość składki i częstotliwość jej opłacania, czas trwania ubezpieczenia[34]. W praktyce polisa jest dokumentem jednostronnym, wystawionym i podpisanym tylko przez zakład ubezpieczeń, jednak na wniosek ubezpieczającego, dlatego jest uważana za dowód zawarcia umowy[35].

Prawa i obowiązki stron umowy określają zazwyczaj tzw. **ogólne warunki ubezpieczenia**, opracowane przez zakład ubezpieczeń. Postanowienia zawarte w owu muszą być zgodne z przepisami prawa, ponadto powinny być sformułowane jednoznacznie i w zrozumiały sposób. Postanowienia zdefiniowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z tytułu umowy[36]. Ze względu na charakter masowy umowy

---

[29] W. Sułkowska, *Ubezpieczenia życiowe*, s. 109.

[30] A. Szpunar, *Oznaczenie uposażonego w ubezpieczeniu na życie*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Bydgoszcz–Poznań 2002, s. 165.

[31] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 34.

[32] T. Monkiewicz, *Umowa ubezpieczenia*, s. 48.

[33] Może być inaczej nazywany, np. w AL dokument potwierdzający zawarcie umowy określany jest jako szczegółowa umowa ubezpieczenia.

[34] D. Mitrowski, *Polisa na życie* (cz. I), „Prawo Przedsiębiorcy" 2002, nr 44, s. 23.

[35] W. Górski, *Zawarcie umowy ubezpieczeniowej*, w: *Studia ubezpieczeniowe*, red. T. Sangowski, Poznań 1998, s. 142.

[36] ABC ubezpieczeń – ubezpieczenia życiowe, www.rzu.gov.pl [dostęp: 15 listopada 2007], art. 12 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

ubezpieczenia został przyjęty tryb uproszczonego zawierania umów przez tzw. adhezję, czyli przystąpienie do ustalonego wzorca umowy, ujętego w ramach „ogólnych warunków" wydawanych przez zakład ubezpieczeń, innych dla każdego rodzaju ubezpieczenia. Ogólne warunki ubezpieczenia stanowią konkretyzację stosunku prawnego stron w odniesieniu do konkretnego rodzaju produktu ubezpieczeniowego[37].

Sumę ubezpieczenia w ubezpieczeniach na życie ustala sam ubezpieczający. Wielkość świadczenia nie wynika tutaj tylko z faktycznej straty materialnej (jak w ubezpieczeniach majątkowych). Straty poniesione w wyniku np. śmierci bliskiej osoby nie dają się wycenić, będą się bowiem one wiązały nie tylko z utratą dochodu, lecz także wszystkich możliwości. Zatem strony ustalają sumę ubezpieczenia. Zazwyczaj towarzystwo, ze względu na ponoszone koszty, ustala minimalną jej wysokość, nie ma natomiast górnej granicy (jej weryfikacja następuje w związku z możliwościami finansowymi ubezpieczającego do opłacania składki o określonej kwocie)[38]. W czasie trwania umowy suma ubezpieczenia może pozostać niezmieniona, podwyższona (waloryzacja, udział w zysku), zmniejszona (w ubezpieczeniach dla zabezpieczenia kredytu), elastyczna (w polisach uniwersalnych, w których dopuszczona jest zmiana wysokości sumy ubezpieczenia)[39]. W ubezpieczeniach na życie świadczenia nie mają charakteru odszkodowawczego (nie rekompensują w pełni strat), służą jedynie złagodzeniu skutków, zatem dopuszczane jest wielokrotne ubezpieczanie tego samego ryzyka w różnych zakładach ubezpieczeń. Ponadto zakładowi nie przysługuje prawo do regresu (roszczenia zwrotnego) względem sprawcy szkody, natomiast ubezpieczony, który doznał uszczerbku na zdrowiu, ma prawo żądać wyrównania szkody przez sprawcę[40]. Świadczenie w ubezpieczeniach na życie (inaczej niż w majątkowych), ze względu na pełnione funkcje, może przekraczać sumę ubezpieczenia[41].

Suma pieniężna, którą ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić ubezpieczycielowi w zamian za udzielną przez niego ochronę ubezpieczeniową, to **składka ubezpieczeniowa**[42]. Składka, którą opłaca ubezpieczający, tzw. **składka brutto** składa się ze składki pokrywają-

---

37 W. Górski, *Zawarcie umowy ubezpieczeniowej*, s. 140.
38 B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, s. 89.
39 W. Sułkowska, *Ubezpieczenia życiowe*, s. 117.
40 W. Sułkowska, *Ubezpieczenia. Zagadnienia podstawowe*, s. 95.
41 T. Monkiewicz, *Umowa ubezpieczenia*, s. 56.
42 Szerzej w: M. Michalski, R. Pajewska, *Ubezpieczenia gospodarcze*, s. 15.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

cej koszt świadczenia (tzw. **składki netto**) oraz pozostałych kosztów, w tym administracyjnych i akwizycyjnych, a także zysk ubezpieczyciela. Właściwemu skalkulowaniu składki służy rachunek aktuarialny (rachunek ryzyka) i underwriting (ocena i akceptacja ryzyka), które są charakterystyczne dla ubezpieczeń na życie[43]. Na wysokość składki ubezpieczeniowej wpływa przede wszystkim suma ubezpieczenia, rodzaj i okres ubezpieczenia, prawdopodobieństwo śmierci wyliczane z tablic trwania życia, stan zdrowia, charakter pracy oraz sposób spędzania wolnego czasu przez ubezpieczonego[44]. Składka może być opłacana jednorazowo bądź okresowo (miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie). Opłacenie składki jest niezbędne do rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń (od dnia następnego, jeżeli nie umówiono się inaczej) (art. 814 § 1 k.c.).

Niektóre zakłady stosują **ochronę tymczasową**, która uwarunkowana jest opłaceniem składki przed zawarciem umowy i wystawieniem polisy (obejmuje ryzyko śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku)[45].

Zawarcie umowy ubezpieczenia uzależnione jest od ustalenia takich warunków porozumienia pomiędzy zakładem a ubezpieczającym, żeby z jednej strony zapewnić osobie ubezpieczonej ochronę ubezpieczeniową przy akceptowalnej opłacie, z drugiej strony zakładowi ubezpieczeń równowagę prowadzonych operacji finansowych oraz osiągnięcie zysku. Na finansowy wymiar umowy będą miały zatem wpływ następujące czynniki: możliwości finansowe ubezpieczającego, sposób opłacania składki (jednorazowa, ratalna), struktura portfela inwestycyjnego, koszty funkcjonowania zakładu, metody tworzenia i rozwiązywania rezerw technicznych, sposób i termin zakończenia umowy[46].

Ogólny mechanizm funkcjonowania ubezpieczeń na życie polega na tym, że uczestnicy danej grupy ryzyka wpłacają składki, które trafiają do **funduszu ubezpieczeniowego**, który z kolei jest inwestowany i całość w ten sposób zgromadzonych środków jest przeznaczana na wypłaty świadczeń w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Charakterystyczną dla ubezpieczeń życiowych cechą tego mechanizmu jest horyzont inwestowania gromadzonych środków. Najczęściej mamy

---

[43] B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, s. 92.

[44] E. Stroiński, *Ubezpieczenia osobowe*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, s. 133.

[45] T. Monkiewicz, *Umowa ubezpieczenia*, s. 52.

[46] D. Szewieczek, *Skutki finansowe dla stron umowy ubezpieczenia na życie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2002, nr 11/12, s. 9.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

bowiem tutaj do czynienia z długoterminowymi rezerwami i długoterminowymi inwestycjami[47].

Ubezpieczający w każdej chwili ma prawo przerwać kontynuowanie ubezpieczenia i żądać wypłaty pieniężnego ekwiwalentu. Suma, którą zakład ubezpieczeń jest gotów zapłacić ubezpieczającemu w przypadku takiej rezygnacji, nazywa się sumą **wykupu polisy (wartość odstąpienia)** i zależy od wysokości nadpłaconej składki (względem ponoszonego ryzyka) i składki oszczędnościowej oraz wysokości środków zainwestowanych. Dlatego też nie we wszystkich rodzajach ubezpieczeń polisa będzie uzyskiwała wartość wykupu jak np. w terminowym na wypadek śmierci. Okres, po którym polisa uzyskuje wartość wykupu, jest określony w owu lub w polisie (związane jest to z wysokimi kosztami w pierwszym okresie trwania ubezpieczenia). W ubezpieczeniach na życie z funduszem kapitałowym suma wykupu odpowiada tzw. **wartości polisy**[48], która stanowi sumę zainwestowanych składek wraz z zyskami wypracowanymi przez zakład ubezpieczeń[49].

Ubezpieczenie po upływie określonego czasu (zgodnie z owu) może zostać przekształcone w **bezskładkowe** o zredukowanej sumie ubezpieczenia. Przekształcenie takie następuje na wniosek ubezpieczającego lub automatycznie po przekroczeniu określonego okresu zaprzestania opłacania składki. W ubezpieczeniach z funduszem kapitałowym ubezpieczający może **zawiesić opłacanie składki** z reguły na okres do 12 miesięcy. Po upływie tego czasu, jeżeli składka nie jest dalej płacona, wartość polisy jest systematycznie pomniejszana o koszty administracyjne i koszty ryzyka ubezpieczeniowego, aż do momentu wykorzystania całej wartości wykupu (wówczas odpowiedzialność z tytułu umowy wygasa)[50].

Indeksacja to podnoszenie sumy ubezpieczenia i składki w celu jej urealnienia wobec inflacji[51]. **Indeksacja składki** polega na tym, że składka jest podnoszona o określony procent. Za uzyskaną w ten sposób kwotę przyrostu składki dokupywana jest dodatkowa suma ubezpieczenia, zgodnie z aktualnymi taryfami i wiekiem ubezpieczonego, co w efekcie powoduje, że suma ubezpieczenia wzrasta o niższy procent niż składka[52].

---

47 B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, s. 89.
48 *Ibidem*, s. 46.
49 *Vademecum*, s. 206.
50 E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 47–48.
51 *Vademecum*, s. 206.
52 E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 113.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Data zawarcia umowy nie zawsze pokrywa się z datą rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Różnicę między tymi datami nazywa się **karencją**. Zapobiega ona zawieraniu ubezpieczeń wtedy, gdy grozi niebezpieczeństwo wystąpienia wypadku losowego. Stosowana jest również w sytuacji niedotrzymania terminu płatności składki (daje możliwość wyrównania składek i kontynuacji ubezpieczenia, ale w trakcie trwania karencji świadczenie nie jest wypłacane)[53].

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest niezależna od tego, czy śmierć była naturalna, czy gwałtowna, ale przyczyny zgonu mogą mieć wpływ na wysokość świadczenia. Towarzystwa stosują różne wyłączenia odpowiedzialności (sytuacje, w których zakład może odmówić wypłaty świadczenia), np. za śmierć w wyniku działań wojennych, rozruchów, wskutek świadomego udziału w aktach przemocy, samobójstwo[54]. Kodeks cywilny obliguje jednak ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia w przypadku samobójstwa, jeżeli od momentu podpisania umowy minęły dwa lata, a także w przypadku ustalenia, że zostały podane nieprawdziwe informacje przy zawieraniu umowy, jeżeli ubezpieczenie trwało trzy lata. Ogólne warunki mogą skrócić ten czas (art. 833 i 834 k.c.).

Czynności mające na celu wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości świadczenia nazywa się **postępowaniem likwidacyjnym** (proces likwidacji szkody)[55].

Całokształt powiązań oraz relacji między jednostkami oferującymi usługi ubezpieczeniowe a jednostkami zgłaszającymi zapotrzebowanie na nie, zgodnie z ich możliwościami finansowymi, określa się jako rynek ubezpieczeniowy[56].

Na **rynek ubezpieczeniowy** składa się zatem zespół wszystkich kupujących – konsumentów ochrony ubezpieczeniowej i sprzedających – zakładów ubezpieczeniowych, których wzajemne oddziaływanie kształtuje popyt i podaż oraz wpływa na wysokość cen[57].

Podstawowymi podmiotami rynku ubezpieczeniowego są klienci – po stronie popytowej – i zakłady ubezpieczeniowe – po stronie podażo-

---

[53] B. Nowatorska-Romaniak, *Marketing usług ubezpieczeniowych*, Warszawa 1996, s. 19.

[54] T. Monkiewicz, *Umowa ubezpieczenia*, s. 46.

[55] *Ibidem*, s. 59.

[56] A. Szromnik, *Rynek ubezpieczeniowy. Społeczne problemy kształtowania i funkcjonowania*, Kraków 2001, s. 8.

[57] T. Sangowski, *Polski rynek ubezpieczeń – stan i kierunki rozwoju*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, s. 181.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

wej. Szczególną rolę na prawidłowo funkcjonującym rynku odgrywają pośrednicy ubezpieczeniowi: agenci i brokerzy. Oprócz nich występuje wiele instytucji o charakterze pomocniczym[58]: Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych[59], Polska Izba Ubezpieczeń, Rzecznik Ubezpieczonych, a nadzór sprawuje Komisja Nadzoru Finansowego. Zadania tych instytucji zostały określone w pakiecie ustaw z 2003 r.[60]

Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny został powołany w 1990 r. (do 1996 r. Fundusz Ochrony Ubezpieczonych). Fundusz m.in. zaspokaja roszczenia w przypadku upadłości zakładu ubezpieczeń osób uprawnionych z tytułu ubezpieczeń, w tym na życie (50% wierzytelności, nie więcej jednak niż kwotę stanowiącą równowartość 30 tys. euro)[61].

Polska Izba Ubezpieczeń jest organizacją o przynależności obowiązkowej dla wszystkich towarzystw ubezpieczeniowych posiadających zezwolenie na prowadzenie działalności i reprezentującą wszystkie zakłady ubezpieczeń działające w Polsce[62].

Urząd Rzecznika Ubezpieczonych powołano w 1995 r. Zakres kompetencji został wskazany w ustawie z 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz o Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz.U. Nr 124 poz. 1153). Rzecznik Ubezpieczonych reprezentuje interesy osób ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia, członków funduszy emerytalnych, uczestników pracowniczych programów emerytalnych, osób otrzymujących emeryturę kapitałową lub osób przez nie uposażonych (art. 5 ustawy)[63].

---

[58] W. Sułkowska, *Ubezpieczenia. Zagadnienia podstawowe*, s. 51.

[59] Polskie Biuro Ubezpieczycieli Komunikacyjnych jest organizacją zakładów ubezpieczeń, które na terytorium Polski prowadzą działalność ubezpieczeniową w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, jego działalność nie dotyczy ubezpieczeń życiowych, zatem pominięto go w dalszym opisie.

[60] Pakiet czterech ustaw wprowadzonych w 2003 r. został omówiony w dalszej części rozdziału.

[61] Podstawowym zadaniem funduszu jest wypłacanie odszkodowań i świadczeń z tytułu obowiązkowych ubezpieczeń OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i rolników posiadających gospodarstwo rolne, www.ufg.pl [dostęp: 28 grudnia 2007].

[62] Szerzej w: M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 299; M. Skarbek, *Rakiem do Europy – rozmowa z Jerzym Wysockim, prezesem Polskiej Izby Ubezpieczeń*, „Asekuracja & Re" 2000, nr 9, s. 6.

[63] Przepisy nie zezwalają Rzecznikowi Ubezpieczonych na tworzenie filii ani jednostek terenowych, co utrudnia praktyczny kontakt z konsumentami, wykształciła się jednak

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Działalność ubezpieczeniowa ze względu na swoje społeczne i gospodarcze znaczenie musi być poddana nadzorowi wyspecjalizowanego organu administracji państwowej. Od 2006 r. organem nadzoru dla rynku ubezpieczeń jest KNF, która przejęła zadania od KNUiFE. Komisja Nadzoru Finansowego działa na podstawie ustawy o nadzorze nad rynkiem finansowym z 21 lipca 2006 r. Głównym celem nadzoru sprawowanego przez KNF jest ochrona interesów osób ubezpieczonych i zapobieganie sytuacji, w której zakład ubezpieczeń nie będzie w stanie wypłacać należnych świadczeń. W związku z tym działalność ubezpieczeniowa jest reglamentowana i każdy zakład ubezpieczeń musi uzyskać stosowne zezwolenie KNF, która w toku jego udzielania sprawdza w szczególności, czy założyciele towarzystwa dysponują odpowiednim zapleczem kapitałowym oraz kwalifikacjami do prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. W trakcie prowadzonej działalności zakłady ubezpieczeń poddane są bieżącemu nadzorowi, muszą też uzyskiwać zezwolenia przy wprowadzaniu istotnych zmian. W przypadkach zagrażających bezpieczeństwu ubezpieczonych KNF, w zależności od wagi naruszeń i poziomu zagrożenia, może: wydawać zalecenie dostosowania działalności do stanu zgodnego z prawem, wprowadzić ograniczenia w lokowaniu środków zakładu ubezpieczeń, nałożyć obowiązek opracowania planu określonych działań naprawczych, nałożyć kary pieniężne, wprowadzić zarząd komisaryczny, wnioskować o cofnięcie zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie jednej, kilku lub wszystkich grup ubezpieczeń. Komisja Nadzoru Finansowego sprawuje nadzór także nad pośrednikami ubezpieczeniowymi. Pośrednio – nad działalnością agentów ubezpieczeniowych (poprzez nadzór nad działalnością zakładów ubezpieczeń), bezpośrednio – nad działalnością brokerów ubezpieczeniowych i reasekuracyjnych (poprzez organizację egzaminów, wydawanie i cofanie zezwoleń, kontrolę działalności). Ponadto KNF prowadzi weryfikację osób pełniących funkcję aktuariusza w zakładach ubezpieczeń. Jednym z ustawowych zadań KNF jest także podejmowanie działań edukacyjnych w zakresie rynku finansowego[64].

---

praktyka korzystania przez Rzecznika Ubezpieczonych z pomocy miejskich i powiatowych rzeczników konsumentów; szerzej w: M. Skorb, *Instytucja powiatowego rzecznika konsumentów w kontekście ochrony praw ubezpieczonych konsumentów*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 1999, nr 5, s. 14; www.rzu.gov.pl [dostęp: 3 stycznia 2008].

[64] M. Płonka, *Instytucje polskiego rynku ubezpieczeniowego*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, s. 152; www.knf.gov.pl [dostęp: 31 grudnia 2007].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

1.1.2. Istota, cel oraz funkcje ubezpieczeń na życie

Na istotę produktu ubezpieczeniowego składają się korzyści, jakie klient otrzymuje wraz z zawarciem umowy. Najważniejszą korzyścią jest ochrona życia oraz aktywne inwestowanie środków finansowych (w zależności od posiadanego typu ubezpieczenia)[65].

Podstawowym celem ubezpieczenia na życie jest zapewnienie określonego standardu życia osobom uzależnionym finansowo od ubezpieczonego (np. rodzina, wspólnik, pracodawca) w sytuacji, gdy go zabraknie. Najlepiej, aby standard ten mógł pozostać na niezmienionym lub niewiele niższym poziomie. W tym celu musi zostać odpowiednio skalkulowana składka, jednak w rzeczywistości jest ona kompromisem pomiędzy oczekiwaną sumą ubezpieczenia a możliwościami finansowymi ubezpieczającego. Trzeba pamiętać o tym, że nie dokonuje się ubezpieczenia życia jako takiego, ale ubezpieczeniem na życie zabezpiecza się osoby pozostające przy życiu. Jeżeli zatem śmierć danej osoby nie powoduje żadnych strat materialnych, to ubezpieczanie jej nie ma sensu[66].

Celem ubezpieczenia może być także zabezpieczenie samego ubezpieczającego na wypadek nieszczęśliwych zdarzeń, w których wyniku może nastąpić kalectwo, niezdolność do pracy, choroba, co z kolei powoduje utratę bądź zmniejszenie zarobków i wzrost wydatków.

Równie ważnym celem ubezpieczenia jest gromadzenie środków finansowych na przyszłość. Okresami, w których występuje największy niedobór finansowy, są: okres rozpoczęcia dorosłego życia (rosnące potrzeby materialne związane z założeniem rodziny, zakupem mieszkania itp.) oraz starość (z jednej strony mniejsze przychody, z drugiej często zwiększone wydatki na dbanie o zdrowie)[67]. Zatem dobrze skonstruowana umowa ubezpieczeniowa wraz z opcjami dodatkowymi powinna stanowić jeden z istotniejszych elementów długoterminowego planowania finansowego rodziny[68].

Początkowo ubezpieczenia na życie pełniły wyłącznie funkcję ochronną[69], zapewniając wypłatę określonej sumy rodzinie lub innym

---

[65] K. Rodek, J. Visan, *Marketing ubezpieczeń na życie*, Warszawa 1996, s. 126.

[66] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 11–12.

[67] *Ibidem*, s. 13.

[68] Por.: M. Żyniewicz, D. Załupka, *Vademecum przyszłego emeryta*, Wrocław 2000, s. 51.

[69] Nie należy jednak tej funkcji kojarzyć tylko z finansowym wyrównaniem poniesionych strat (byłoby to duże uproszczenie). Ochrona ubezpieczeniowa oznacza bowiem go-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

osobom w przypadku śmierci żywiciela rodziny[70]. Obecnie coraz wyraźniej kształtują się trzy funkcje ubezpieczeń (związane bezpośrednio z ww. celami). Poza ochronną, szczególnego znaczenia nabierają funkcje: inwestycyjna (oszczędzanie środków na przyszłość, a tym samym planowanie finansowe rodziny) oraz pomocy na wypadek choroby i związanych z nią kosztów[71].

Ubezpieczenia pełnią również funkcję wychowawczą polegającą na wyrabianiu umiejętności przewidywania i systematycznego oszczędzania[72]. Podjęcie decyzji o ubezpieczeniu (zwłaszcza dobrowolnym) danego ryzyka będzie także świadczyło o wysokim stopniu świadomości ubezpieczeniowej jednostki[73].

Wśród pozostałych funkcji można wymienić: psychiczny komfort posiadania finansowego zabezpieczenia, dodatkowe źródło dochodów na emeryturze i w nagłych wypadkach, finansowe zapewnienie przyszłości i wykształcenia dzieciom, zwiększenie oszczędności, dywersyfikację inwestycji, satysfakcję ze współpracy ze znanym towarzystwem, umocnienie wiarygodności wobec np. instytucji kredytowej, zabezpieczenie kapitału przed wierzycielami i fiskusem (świadczenie ubezpieczeniowe nie wchodzi do masy spadkowej), źródło opłat podatków spadkowych[74].

Ubezpieczenia osobowe, w tym życiowe, odgrywają także bardzo ważną, chociaż nie w pełni jeszcze dostrzeganą, rolę społeczną. W skali jednostki stanowią zabezpieczenie finansowe samego ubezpieczonego bądź jego najbliższych, decydują o poziomie życia. W skali ogólnospołecznej stanowią element sytemu zabezpieczenia społecznego[75].

---

towość zakładu ubezpieczeń do przejęcia materialnych oraz niematerialnych skutków realizacji ryzyk. J. Iwko, *Jakość usług ubezpieczeniowych*, „Problemy Jakości" 2007, nr 2, s. 35.

[70] *Ubezpieczenia życiowe*, red. O. Doan, Warszawa 1996, s. 14.

[71] E. Stroiński, *Tendencje zmian w ubezpieczeniach na życie w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2000, nr 9/10, s. 3.

[72] B. Nowatorska-Romaniak, *Marketing*, s. 20.

[73] Świadomość ubezpieczeniową można zdefiniować jako określony, ale zmienny w czasie stan intelektualny jednostek i społeczeństwa, który wynika ze stopnia znajomości, zrozumienia oraz racjonalnego wartościowania faktów i zdarzeń zachodzących na rynku ubezpieczeniowym. N.M. Pazio, A. Formanowska, *Struktura świadomości ubezpieczeniowej w świetle badań*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2002, nr 3/4, s. 43; szerzej w rozdz. 2, pkt 2.1.3.

[74] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 128.

[75] W. Sułkowska, *Ubezpieczenia. Zagadnienia podstawowe*, s. 52. Odgrywają istotną rolę w ramach III filaru systemu emerytalnego (ubezpieczenia o charakterze oszczędnościo-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

1.1.3. Polisa na życie jako produkt

Przez długi czas pojęcie produktu było zarezerwowane jedynie dla materialnych wytworów działalności człowieka. Ostatnio coraz częściej odnosi się je do usług, a więc wytworów niematerialnych. Pojawiają się pojęcia produktu finansowego, bankowego, inwestycyjnego, turystycznego czy ubezpieczeniowego[76].

A. Payne określa **produkt** jako wszystkie artykuły lub procesy, które stanowią wartość dla konsumenta, podczas gdy dobra materialne i usługi jako dwie odrębne kategorie składające się na produkt[77]. Produktem będzie zatem każdy obiekt rynkowej wymiany – wszystko, co można oferować na rynku. Mogą nim być zarówno dobra materialne, jak i niematerialne, czyli przedmiot, usługa, organizacja, idea[78].

Według K. Rogozińskiego „usługowym produktem staje się dopiero taka usługa, która stwarza możliwości wyboru takiej kombinacji tworzących ów produkt elementów, iż powstać może jedna, swoista wiązka korzyści dla usługobiorcy"[79].

Ogólnie można uznać, że produkt z punktu widzenia rynkowego jest zespołem korzyści, które mogą zaspokajać potrzeby potencjalnych klientów. **Produkt ubezpieczeniowy** zatem należy rozumieć jako „pakiet usług dostarczanych ubezpieczonemu przez zakład ubezpieczeń, za określoną opłatą, od chwili zawarcia umowy aż do jej rozwiązania"[80]. Ochrona ubezpieczeniowa, która jest usługą zaspokojenia potrzeby zabezpieczenia ryzyka związanego np. z utratą zdrowia, może być traktowana jako produkt o specyficznych walorach[81].

---

wym), a także w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych i wypadkowych; szerzej w: M. Borda, *Ubezpieczenia na życie jako forma dodatkowego oszczędzania w polskim systemie emerytalnym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2006, nr 1/2, s. 2.

[76] J. Monkiewicz, *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje*, w: *Podstawy ubezpieczeń. Tom II*, s. 20.

[77] A. Payne, *Marketing usług*, Warszawa 1996, s. 20.

[78] B. Nowatorska-Romaniak, *„Produkt" w świadczeniu usług ubezpieczeniowych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 1995, nr 4/6, s. 33.

[79] K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Poznań 1998, s. 53.

[80] J. Monkiewicz, *Produkty ubezpieczeniowe*, s. 21.

[81] Szerzej w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, s. 2; J. Monkiewicz, L. Gąsiorkiewicz, B. Hadyniak, *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*, Warszawa 1999, s. 16.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

1.2. Geneza i rozwój ubezpieczeń na życie

1.2.1. Zarys rozwoju ubezpieczeń na życie do 1990 roku

Mimo że pewne formy ubezpieczeń na życie można zauważyć już w starożytności[82], to właściwy rozwój ubezpieczeń zaczyna się na gruncie operacji spekulacyjnych, polegających na odpłatnym przejęciu ryzyka w obrocie morskim[83]. Już w średniowieczu pojawiły się ubezpieczenia na życie żeglarzy[84]. Dnia 18 czerwca 1583 r. prywatni ubezpieczyciele morscy z Londynu wystawili roczną polisę terminową na życie uznaną za najstarszą znaną polisę ubezpieczeń na życie[85]. Jednak słowo polisa[86] pojawiło się w terminologii ubezpieczeniowej dopiero w XVII w. w postanowieniu o handlu morskim we Francji[87].

Główną ideą powstawania zarówno ubezpieczeń, jak i „praubezpieczeń", było i jest tworzenie funduszu ubezpieczeniowego (pieniężnego lub w naturze), który miał rekompensować powstałe szkody[88].

Na rozwój ubezpieczeń duży wpływ miały dwa czynniki. Po pierwsze, w drugiej połowie XVII w. powstała nauka o rachunku prawdopodobieństwa (B. Pascal), która umożliwiła wyciąganie wniosków dotyczących zjawisk masowych i była pomocna w tworzeniu matematyki ubezpieczeniowej zwanej aktuariatem[89]. Po drugie, w 1693 r. została

---

[82] Źródeł ubezpieczeń można się dopatrywać 2000–1500 lat p.n.e. w Babilonii, Fenicji, Indiach, Persji, Grecji, Rzymie; szerzej w: *Ubezpieczenia gospodarcze*, s. 2; K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 116–122; E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 61–62; M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 19–20, 24, 27–28; *Vademecum*, s. 13; W. Ronka-Chmielowiec, *Rys historyczny ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Warszawa 2002, s. 17.

[83] J. Łazowski, *Wstęp do nauki*, s. 29.

[84] Należy zaznaczyć, że poza operacjami zakupu rent i nielicznymi umowami dotyczącymi ryzyka życiowego, życie ludzkie w okresie średniowiecza nie mogło być przedmiotem ubezpieczenia. Było to sprzeczne z ówczesnym pojęciem moralnym i zasadami prawa. J. Łazowski, *Wstęp do nauki*, s. 31.

[85] *Ubezpieczenia życiowe*, s. 11.

[86] Polisa pochodzi od włoskiego *polizza* – zobowiązanie – tak były nazywane umowy prywatne zawierane w XVI w. dotyczące pożyczek morskich. A. Śliwiński, *Ryzyko ubezpieczeniowe. Taryfy – budowa i optymalizacja*, Warszawa 2002, s. 118.

[87] Pierwszy znany dokument na wzór polisy ubezpieczeniowej został wystawiony w Pizie już w 1347 r. M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 28–29.

[88] *Ibidem*, s. 15.

[89] W. Sułkowska, *Geneza ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, s. 13; szerzej w: M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 31.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

opracowana przez angielskiego astronoma E. Halleya jedna z pierwszych tablic śmiertelności, na podstawie materiału statystycznego zebranego przez polskiego duchownego protestanckiego z Wrocławia K. Neumanna. Wiedza ta dawała naukowe podstawy do kontroli ryzyka w tych ubezpieczeniach[90].

Pierwszy komercyjny zakład ubezpieczeń na życie powstał w 1699 r. w Anglii pod nazwą Society of Assurances for Widows and Orphans. W 1762 r. również w Anglii założono pierwsze towarzystwo (Equitable Society), którego składki były kalkulowane na podstawie metod matematycznych i istniejących już tablic trwania życia. Rok ten zatem przyjmuje się za początek rozwoju aktuariatu[91], a niektórzy historycy uważają go również za początek ubezpieczeń na życie[92].

Wiek XIX to okres gwałtownej industrializacji. Pojawiły się nowe problemy społeczne (tj. bezrobocie, wypadki przy pracy, niezdolność do pracy, ukończenie pracy zawodowej), a wraz z nimi rozwinęły się ubezpieczenia długoterminowe i ubezpieczenia grupowe[93] oraz nowe formy ubezpieczeń m.in. od nieszczęśliwych wypadków i szkód spowodowanych przez te wypadki, od przedwczesnej trwałej lub przejściowej niezdolności do pracy, a także od gradobicia, odpowiedzialności prawnej, dekoniunktury ekonomicznej i in.

W drugiej połowie XIX w. pojawiły się tzw. ubezpieczenia ludowe, które były zawierane masowo, bez badań lekarskich, na niezbyt wysokie sumy ubezpieczeń, ale za stosunkowo niskie wpłaty rozłożone na raty (miesięczne lub tygodniowe)[94].

W okresie tym coraz większą rolę zaczęła odgrywać matematyka ubezpieczeniowa zajmująca się kalkulacją ubezpieczeń, w taki sposób, aby zagwarantować bezpieczeństwo wieloletnich umów na życie. Powstał i zaczął się rozwijać także nowy zawód – aktuariusz, czyli matematyk ubezpieczeniowy[95].

Zarówno pierwsza, jak i druga wojna światowa, a w efekcie rosnąca inflacja, przerwa w działalności gospodarczej, zmiany systemów po-

---

[90] B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, s. 86; M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 30.

[91] W. Sułkowska, *Geneza ubezpieczeń*, s. 14.

[92] M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 32.

[93] B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, s. 87, 88.

[94] M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 33, 35.

[95] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 66. Aktuariusz – osoba uprawniona i zarazem zobowiązana do wyliczania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych w zakładzie ubezpieczeń na życie; P. Sawicki, *Rozwój polskiego prawa ubezpieczeniowego*, „Asekuracja & Re" 1999, nr 6, s. 51.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

litycznych i gospodarczych w wielu krajach i tym samym brak możliwości planowania długoterminowego, wstrzymały rozwój zwłaszcza ubezpieczeń na życie[96]. Dopiero w latach pięćdziesiątych XX w. pojawiły się próby wyjścia z impasu. Powstały nowe produkty ubezpieczeniowe, tj. ubezpieczenia grupowe ze zmiennym świadczeniem rentowym, zmienne ubezpieczenia na całe życie, ubezpieczenia powiązane z funduszami inwestycyjnymi i ubezpieczenia w pełni elastyczne (uniwersalne). Wartość polisy stała się zmienna w zależności od wartości zainwestowanych rezerw, a o wielu elementach polisy mógł decydować sam klient[97]. Pod koniec XX w. można zaobserwować coraz silniejsze powiązania sektora ubezpieczeń z sektorem finansowym.

Na ziemiach polskich pierwsze formy ubezpieczeń od wypadków i organizowania pomocy opartej na wzajemności pojawiły się w XV w. Były one związane z działalnością kas brackich i spółek brackich na Górnym Śląsku[98]. Miały początkowo charakter prywatny, były tworzone przez samych górników, a zatem działały w formie kas wzajemnych ubezpieczeń, dopiero z czasem przekształcono je w instytucje publicznoprawne[99].

Dalsze zmiany zaszły w związku z utratą niepodległości przez Polskę, rozwój ubezpieczeń bowiem kształtował się różnie w zależności od zaboru. Znaczne ograniczenia wprowadziły władze carskie na terenie zaboru rosyjskiego, zwłaszcza po upadku powstania styczniowego[100]. Najlepiej rynek ubezpieczeniowy rozwijał się w zaborze pruskim[101], a najwolniej w austriackim[102].

Do zahamowania tempa rozwoju ubezpieczeń przyczyniła się także pierwsza wojna światowa. Z kolei po odzyskaniu niepodległości należało przede wszystkim ujednolicić system prawny, a działające w trudnych warunkach powojennych towarzystwa musiały korzystać z pomocy towarzystw reasekuracyjnych, które w większości opierały się na kapitałach zagranicznych. Bardzo niekorzystny wpływ, szczególnie na funkcjonowanie ubezpieczeń na życie, wywarł okres inflacji, w której

---

96 W. Ronka-Chmielowiec, *Rys historyczny ubezpieczeń*, s. 18.

97 B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, s. 89.

98 W. Ronka-Chmielowiec, *Rys historyczny ubezpieczeń*, s. 19.

99 M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 50.

100 Szerzej w: *ibidem*, s. 119, 128, 146, 148–149, 151.

101 Szerzej w: *Vademecum*, s. 31; M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 102–106.

102 Szerzej w: E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 69; M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 159, 165.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

wyniku suma ubezpieczenia po wielu latach płacenia składek była równa nawet zeru[103].

Przed wybuchem drugiej wojny światowej w Polsce działało łącznie 67 zakładów ubezpieczeń, z czego mniej niż połowę stanowiły zakłady ubezpieczeń na życie[104]. Liczba ubezpieczeń indywidualnych (mieszanych i na życie) wynosiła prawie 300 tys.[105]

Okres drugiej wojny światowej to całkowite zahamowanie rozwoju ubezpieczeń. Po zakończeniu wojny, zanim wprowadzono totalitarny system rządów, powstawały zakłady ubezpieczeniowe według modelu przedwojennego[106]. Wprowadzenie ustroju socjalistycznego ograniczyło postęp w ubezpieczeniach. Polski system charakteryzował się dużą centralizacją i był całkowicie podporządkowany władzom państwowym. Monopolistą w zakresie ubezpieczeń osobowych i majątkowych od 1947 r. został Powszechny Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych[107], a do działalności asekuracyjnej upoważniono jedynie Towarzystwo Reasekuracyjne Warta[108]. W okresie tym oferowane były głównie ubezpieczenia grupowe, odpowiadające w swej formie ideologii socjalistycznej. Ubezpieczenia indywidualne rozwijały się bardzo powoli. W 1958 r. stanowiły one niespełna 1% ogółu ubezpieczeń życiowych. Oprócz klasycznych ubezpieczeń na wypadek śmierci oraz na wypadek śmierci i dożycia w latach sześćdziesiątych pojawiły się ubezpieczenia rentowe, a następnie ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci[109].

Powojenny rynek zmieniła dopiero ustawa z 20 września 1984 r. o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych. Dała ona możliwość tworzenia państwowych zakładów ubezpieczeń przez ministra finansów oraz zakładów spółdzielczych i w formie spółek kapitałowych za zgodą tegoż ministra, jednak w tych dwóch przypadkach co najmniej 51% kapitału zakładowego należało do Skarbu Państwa. Odchodzono zatem od monopolu na rynku ubezpieczeniowym[110]. Ustawa z 17 maja 1989 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych dała

---

[103] Szerzej w: W. Ronka-Chmielowiec, *Rys historyczny ubezpieczeń*, s. 24–25; M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 196, 210, 211.

[104] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 70.

[105] E. Stroiński, *Tendencje zmian*, s. 3.

[106] W. Ronka-Chmielowiec, *Rys historyczny ubezpieczeń*, s. 27.

[107] W 1949 r. całość ubezpieczeń życiowych od PKO przejął PZUW, przekształcony w 1952 r. w Państwowy Zakład Ubezpieczeń.

[108] M. Szczęśniak, *Zarys dziejów*, s. 273.

[109] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 74–75.

[110] W. Sułkowska, *Ubezpieczenia. Zagadnienia podstawowe*, s. 25.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

możliwość tworzenia spółek kapitałowych bez udziału Skarbu Państwa oraz spółek z udziałem kapitału zagranicznego, a polskie zakłady uzyskały możliwość prowadzenia działalności za granicą[111].

W efekcie na początku przemian systemowych w Polsce (w 1991 r.) ubezpieczonych na życie było 18 362 tys. osób, z czego aż 92% grupowo w zakładach pracy, 7,6% osób posiadało ubezpieczenie zaopatrzenia dzieci, a 0,3% objętych było ubezpieczeniem miesznym i na całe życie. Ponad 33 tys. osób miało ubezpieczenie rentowe, z czego 51,5% oczekiwało na termin rozpoczęcia płatności renty, 48,5% pobierało rentę, 12 tys. pobierało rentę z tytułu innych ubezpieczeń. Mimo dużej liczby ubezpieczonych składka była niewielka – średnio na jedną polisę przypadało 11 zł rocznie. Wypłacane sumy ubezpieczeniowe wynosiły ok. 1–2 przeciętnych miesięcznych wynagrodzeń. Brak waloryzacji sum ubezpieczenia i składek, przy wysokiej infalcji, przyczynił się do zdeprecjonowania ubezpieczeń zoaopatrzenia dzieci, jak i indywidualnych mieszanych i na życie[112].

1.2.2. Ubezpieczenia na życie w Polsce w latach 1991–2006

KIERUNKI ZMIAN W PRAWODAWSTWIE UBEZPIECZENIOWYM

Transformacja gospodarcza, która rozpoczęła się na początku lat dziewięćdziesiątych, polegająca na dostosowaniu polskiego sytemu gospodarczego do rozwiązań rynkowych, przyniosła również zmiany w zakresie ubezpieczeń.

Już w 1990 r., 28 lipca została uchwalona ustawa o działalności ubezpieczeniowej. Dała ona początek rozwojowi nowego rynku ubezpieczeniowego, złamała monopol ubezpieczeniowy i po wielu latach na naszym rynku zaczęły powstawać kolejne zakłady ubezpieczeń. Ustawa wprowadziła rozgraniczenie na zakłady prowadzące ubezpieczenia na życie i pozostałe ubezpieczenia osobowe i majątkowe, dając do wyboru dwie formy wykonywania działalności: spółkę akcyjną lub towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych[113]. Uregulowała także kryteria udzielania ze-

---

[111] Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych, Dz.U. z 1989 r. Nr 30 poz. 160.

[112] E. Stroiński, *Tendencje zmian*, s. 4.

[113] Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz.U. z 1990 r. Nr 59 poz. 344 z późn. zm.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

zwolenia na utworzenie zakładu ubezpieczeń, w tym zakładów z udziałem kapitału zagranicznego. Ustawa nie dawała możliwości tworzenia oddziałów towarzystw zagranicznych, ale umożliwiła podmiotom zagranicznym uczestnictwo w naszym rynku poprzez tworzenie spółek joint venture. Wprowadzono także ograniczenia w lokowaniu funduszu ubezpieczeniowego poza granicami kraju, reasekurowaniu ryzyka w towarzystwach zagranicznych oraz transferze dochodów przez zagraniczne zakłady ubezpieczeń. Działania te miały na celu ochronę rodzimego rynku. Ograniczenia te zniesiono dopiero w 1999 r.[114] Ustawa w swojej pierwszej wersji wprowadziła podział na trzy grupy ubezpieczeniowe: 1. Ubezpieczenia na życie; 2. Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci; 3. Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem inwestycyjnym.

Zasadnicze zmiany przyniosła nowelizacja z 8 czerwca 1995 r. Powołano na jej mocy Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, który miał czuwać nad przestrzeganiem przez firmy dyscypliny finansowej. Ponadto nowela wyróżniła dwa rodzaje pośredników: brokera oraz agenta ubezpieczeniowego, a także określiła zakres kompetencji i obowiązków aktuariusza oraz powołała Rzecznika Ubezpieczonych.

Nowelizacją z 1996 r. wprowadzono do podziału ubezpieczeń na życie dwie kolejne grupy: 4. Ubezpieczenia rentowe; 5. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli były uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4.

Kolejne znaczące nowelizacje pochodzą z 10 grudnia 1998 r. oraz 21 lipca 2000 r. Zmiany te miały na celu m.in. doprecyzowanie przepisów w zakresie podejmowania i wykonywania działalności ubezpieczeniowej w formie głównego oddziału przez towarzystwa zagraniczne, zmodyfikowanie zasad dotyczących lokowania środków finansowych zakładów, rozszerzenie zakresu działań UFG, wprowadzenie precyzyjnej definicji działalności ubezpieczeniowej[115].

Na mocy ustawy z 1 marca 2002 r., o zmianach w organizacji i funkcjonowaniu centralnych organów administracji rządowej i jednostek im podporządkowanych oraz o zmianie niektórych ustaw, 1 kwietnia 2002 r. rozpoczęła działalność KNUiFE. Przejęła ona zadania dotychczas leżące w gestii Państwowego Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń

---

[114] G. Sordyl, *Rozwój prawa ubezpieczeń gospodarczych w Polsce*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, s. 22.

[115] E. Kowalewski, *Reforma polskiego prawa ubezpieczeń gospodarczych w latach 1990–2001*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, s. 15.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

i Urzędu Nadzoru nad Funduszami Emerytalnymi. Zadaniem nowo powstałej instytucji była m.in. ochrona interesów ubezpieczonych i zapobieganie sytuacji, w której zakład ubezpieczeń nie byłby w stanie wypłacić ubezpieczonemu należnego świadczenia.

Kolejna ważna data w ustawodawstwie ubezpieczeniowym to 22 maja 2003 r., kiedy to Sejm przyjął pakiet czterech ustaw, zastępując dotychczas obwiązującą ustawę z 1990 r. Pakiet ten obejmował następujące ustawy: o działalności ubezpieczeniowej, o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, o pośrednictwie ubezpieczeniowym, o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych.

Wprowadzone przepisy (wraz z późniejszymi zmianami) dostosowały regulacje w zakresie działalności ubezpieczeniowej do wymogów UE, określając m.in. nadzór ubezpieczeniowy na zasadzie nadzoru finansowego. Ponadto pakiet ustaw określił zasady wykonywania zawodu aktuariusza, organizacji i funkcjonowania ubezpieczeniowego samorządu gospodarczego, dostosował przepisy ustaw do postanowień Kodeksu spółek handlowych i Prawa działalności gospodarczej[116].

Zgodnie z obecnie obowiązującą ustawą w ramach ubezpieczeń na życie funkcjonuje pięć grup ubezpieczeniowych, wyróżnionych poprzednią ustawą, z tym że ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym zastąpiono ubezpieczeniem na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym[117].

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej wprowadziła swobodę świadczenia usług oraz zasadę jednolitej licencji[118]. W zakresie nadzoru ubezpieczeniowego ustanowiono zasadę nadzoru państwa macierzystego (zakład z państwa członkowskiego UE podlega nadzorowi właściwemu dla państwa swojej siedziby). Ponadto ustawa ta przekazała prawo udzielania zezwolenia na wykonywanie działalno-

---

[116] A. Semenowicz, *Komentarz do ustawy z dn. 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 2003, nr 29, s. 1.

[117] Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz.U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1151 z późn. zm. do 2008 r.

[118] Swoboda oznacza, że zakład ubezpieczeń mający siedzibę w jednym z krajów UE może zawierać umowy ubezpieczenia w każdym państwie członkowskim, bez konieczności otwierania oddziału, agencji czy filii. Zasada jednolitej licencji oznacza, że podmioty, które mają siedzibę w UE, i uzyskały tam zezwolenie na prowadzenie działalności, mogą prowadzić działalność na terytorium całej Wspólnoty bez konieczności ubiegania o dalsze koncesje.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

ści ubezpieczeniowej KNUiFE (poprzednio Minister Finansów, od 2006 r. KNF)[119].

Od 1 maja 2004 r. rynek polski jest włączony w jednolity rynek unijny, a tym samym istnieje możliwość prowadzenia swobodnej działalności na zasadzie wzajemności na terytorium całej wspólnoty[120].

Do pakietu ustaw były wprowadzane kilkakrotnie zmiany ustawami nowelizującymi. Najważniejsze, z punktu widzenia dalszych rozważań, wprowadzono 8 lipca 2005 r. Dotyczyły one m.in. obowiązku informowania ubezpieczającego przez zakład ubezpieczeń o zmianie warunków umowy, nie rzadziej niż raz w roku o wysokości świadczeń, w tym wartości wykupu, sumy ubezpieczenia, wartości premii, jeżeli ulega zmianie wysokość świadczeń, suma ubezpieczenia bądź umowa uwzględnia udział w zysku z inwestowania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Obowiązek informowania ubezpieczonego został przeniesiony na ubezpieczającego. Doprecyzowano przepisy, na których mocy zakład ubezpieczeń ma obowiązek udostępniać ubezpieczającym, ubezpieczonym oraz osobom występującym z roszczeniem informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia, nie tylko po zakończeniu likwidacji szkody, ale także w jej trakcie[121].

Pośrednictwo ubezpieczeniowe zostało wyłączone z ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a poświęcono mu osobną ustawę, nie jest ono bowiem działalnością ubezpieczeniową, a jedynie się z nią wiąże[122]. Zgodnie z ustawą pośrednictwo ubezpieczeniowe, które jest działalnością gospodarczą (art. 5 ust.), może być wykonywane wyłącznie przez agentów ubezpieczeniowych lub brokerów ubezpieczeniowych. Pośrednik ubezpieczeniowy wykonuje: czynności w imieniu lub na rzecz zakładu ubezpieczeń, zwane **czynnościami agencyjnymi**, polegające m.in. na pozyskiwaniu klientów, zawieraniu i administrowaniu umów ubezpieczenia, uczestnictwie w sprawach o odszkodowanie, bądź czynności w imieniu lub na rzecz podmiotu poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, zwane **czynnościami brokerskimi**, polegające

---

[119] K. Ludwichowska, *Polskie prawo ubezpieczeniowe po nowelizacji na tle standardów prawa unijnego*, „Prawo Asekuracyjne" 2004, nr 4, s. 43.

[120] G. Sordyl, *Rozwój prawa ubezpieczeń gospodarczych w Polsce*, s. 22.

[121] A. Dąbrowska, *Zmiany w pakiecie ustaw ubezpieczeniowych*, artykuły pracowników i współpracowników – www.rzu.gov.pl [dostęp: 15 listopada 2007]; art. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

[122] K. Ludwichowska, *Polskie prawo*, s. 43.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

m.in. na zawieraniu lub doprowadzaniu do zawarcia umów ubezpieczenia, zawarcia umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w zarządzaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia, a także w sprawach o odszkodowanie. Agentem ubezpieczeniowym jest przedsiębiorca wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych. Agent ubezpieczeniowy może działać na rzecz jednego zakładu ubezpieczeń bądź na rzecz wielu zakładów ubezpieczeń (multiagent). Brokerem ubezpieczeniowym jest natomiast osoba fizyczna albo prawna posiadająca wydane przez organ nadzoru zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej i wpisana do rejestru brokerów ubezpieczeniowych[123]. Czynności agencyjne mogą być wykonywane wyłącznie przez osobę fizyczną, która spełnia określone warunki (art. 9 ust. o pośr. ub.): posiada zdolność do czynności prawnych, minimum średnie wykształcenie, odbyła specjalistyczne szkolenie zakończone zdanym egzaminem, była niekarana, daje rękojmię należytego wykonywania czynności agencyjnych. Należy zauważyć rozróżnienie między działalnością a czynnościami podejmowanymi przez pośredników.

Zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej wydaje się na wniosek osoby fizycznej, która spełnia wymogi, takie jak w przypadku agenta, rozszerzone o: obowiązek zdania egzaminu przed Komisją Egzaminacyjną dla Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych odpowiednio do zakresu działalności oraz posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywanej działalności brokerskiej, posiadanie trzyletniego doświadczenia zawodowego w zakresie ubezpieczeń (zdobytego w okresie pięciu lat bezpośrednio poprzedzających złożenie wniosku), rękojmię należytego wykonywania działalności brokerskiej (art. 28 ust. o pośr. ub.)[124].

W 2005 r. do ustawy wprowadzono ważne zmiany z punktu widzenia klienta. Osoba wykonująca czynności agencyjne albo czynności brokerskie została zobowiązana do doskonalenia umiejętności zawodowych przez odbywanie raz na trzy lata szkolenia zawodowego (art. 4c ust. o pośr. ub. wprowadzonej w 2005 r.). Ponadto pośrednik ubezpieczeniowy został zobowiązany przekazywać informacje poszukującemu

---

[123] Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, Dz.U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1154 z późn. zm. do 2008 r.; A. Daszewski, *Pakiet ustaw ubezpieczeniowych. Ocena konsumenta*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 2003, nr 18, s. 19–20.

[124] Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, Dz.U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1154.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

ochrony ubezpieczeniowej lub klientowi, pisemnie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (art. 4a), oprócz tego broker zobowiązany został przed zawarciem umowy udzielić na piśmie porady opartej na rzetelnej analizie ofert (art. 26). Nowelizacja wprowadziła zmiany dotyczące gwarancji przepływu środków pieniężnych przekazywanych przez pośredników: mianowicie wpłata składki pośrednikowi ubezpieczeniowemu jest traktowana tak jakby została wpłacona do zakładu, natomiast uważa się za wypłaconą kwotę dla klienta w chwili faktycznego jej doręczenia (art. 6a)[125].

Należy zaznaczyć, że przepisy ustalane przez towarzystwa muszą pozostawać w zgodzie również z Kodeksem cywilnym, do którego istotne zmiany związane z ubezpieczeniami wprowadzono w 2007 r. Wśród najistotniejszych można wymienić obowiązek potwierdzenia zawarcia umowy dokumentem ubezpieczenia (art. 809), a w przypadku, gdy w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego, ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić na to uwagę ubezpieczającemu na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty (art. 811). Ponadto odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego, po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty (art. 814 § 1). Natomiast nieopłacenie składki w oznaczonym terminie może powodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela tylko wtedy, gdy skutek taki przewidywała umowa lub owu, a ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności (art. 814 § 3)[126].

---

[125] A. Dąbrowska, *Prokonsumenckie zmiany w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 2005, nr 24, s. 24; Ustawa z dnia 18 lutego 2005 r. o zmianie ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2005 r. Nr 48 poz. 447.

[126] Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2007 r. Nr 82 poz. 557.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Jednym z podstawowych mierników określających rozwój rynku i poziom konkurencji jest liczba towarzystw ubezpieczeniowych. Na koniec 2006 r. w Polsce działały 32 towarzystwa ubezpieczeń na życie, większość zakładów posiadało w przeważającej części kapitały zagraniczne, tylko siedem pozostawało w polskich rękach. W porównaniu do 1991 r., kiedy na rynku funkcjonowało pięć zakładów, liczba ta zwiększyła się o 27, co stanowi ponad pięciokrotny przyrost[127] (tabela 1.1). Duża liczba towarzystw ubezpieczeniowych wzmagała konkurencję, co z kolei przekładało się na jakość i zakres świadczonych usług. Większość ubezpieczycieli na naszym rynku prowadziło działalność w formie spółki akcyjnej, tylko dwa działały jako towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (2006 r.). Taka struktura odróżnia nasz kraj od rynków europejskich i światowych[128].

Dla funkcjonowania towarzystw ubezpieczeń na życie, z punktu widzenia ich znaczenia społecznego i ekonomicznego oraz pełnionej przez nie funkcji ochronnej, bardzo ważne są kapitały własne i utrzymywanie ich na odpowiednim poziomie. Dlatego też wymogi kapitałowe, stawiane przez ustawodawcę towarzystwom ubezpieczeniowym, są znacznie wyższe niż w stosunku do innych spółek akcyjnych[129]. Wraz ze wzrostem liczby zakładów ubezpieczeń oraz podwyższaniem wartości kapitału przez istniejące zakłady, łączna nominalna wartość kapitałów podstawowych w badanym okresie sukcesywnie wzrastała[130]. Ze względu na to, że polski rynek jest młody i wymagał dofinansowania, widoczny jest także rosnący udział kapitału zagranicznego w kapitałach podstawowych (tabela 1.2).

Polski rynek ubezpieczeń ciągle charakteryzuje się dużą koncentracją i pomimo wzrostu liczby towarzystw ubezpieczeniowych dekoncentracja następuje powoli, co z kolei niekorzystnie wpływa na zachowania konkurencyjne i utrudnia działanie mniejszym zakładom. W 2006 r. udział w rynku trzech największych zakładów ubezpieczeń na życie wynosił 56%, a pięciu największych 71% (PZU Życie – 36%, CU –

---

[127] Dla porównania: w 1991 r. w USA działało 2105 towarzystw ubezpieczeń życiowych, w Hiszpanii 143, w Wielkiej Brytanii 130, w Niemczech 117, w Szwecji 11. *Ubezpieczenia życiowe*, s. 23.

[128] T. Sangowski, *Polski rynek ubezpieczeń*, s. 195.

[129] A. Szkarłat, *Wybrane elementy finansów zakładów ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, s. 71.

[130] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 87.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Tabela 1.1. Liczba zakładów ubezpieczeń na życie działających w latach 1991–2006 z uwzględnieniem pochodzenia kapitału

Liczba zakładów ubezpieczeń na życie*	Lata															
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	5	6	6	10	13	15	21	24	30	34	35	35	36	34	34	32
w tym: z przeważającym kapitałem krajowym	2	2	1	4	7	9	10	11	10	11	9	7	8	8	7	7
z przeważającym kapitałem zagranicznym	3	4	5	6	6	6	11	13	20	23	26	28	28	26	27	25

* Dane nie uwzględniają głównych oddziałów zagranicznych zakładów ubezpieczeń.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KNF 1991–1999 i biuletynów rocznych KNF 2001–2006.

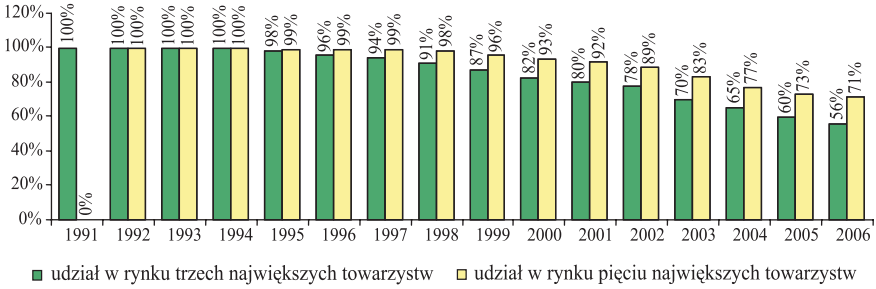
Tabela 1.2. Nominalna wartość kapitałów podstawowych zakładów ubezpieczeń na życie i udział kapitału zagranicznego w latach 1991–2006

Wyszczególnienie	Lata															
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Wartość (w mln zł)	32,7	33,9	40,3	147,3	211,6	254,1	370,4	696,3	1117,2	1554,5	1860,0	2070,0	2222,3	2160,9	2267,5	2243,1
Zmiana (w proc.)	–	3,5	18,8	265,5	43,7	20,0	45,8	88,0	60,4	39,1	20,0	11,2	7,4	–2,8	4,9	8,5
Udział kapitału zagranicznego (w proc.)	34,7	34,8	44,6	16,4	19,3	23,1	34,0	32,5	46,6	55,5	66,6	72,6	71,1	70,3	76,0	75,1

Źródło: E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Warszawa 2003, s. 88; biuletyny roczne KNF 2001–2006.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

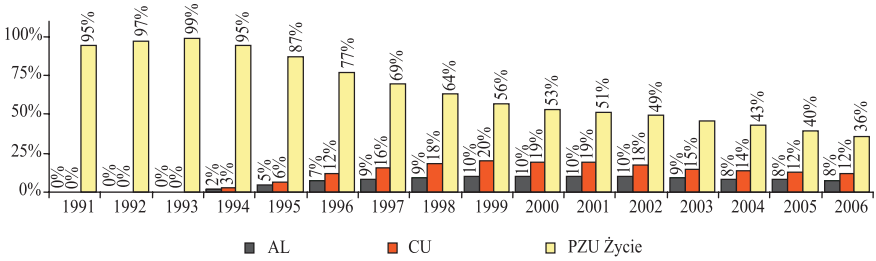
12%, Aegon – 9%, AL – 8%, Allianz Życie – 7%). Wykres 1.1 prezentuje udział w rynku trzech i pięciu największych towarzystw ubezpieczeń na życie, wg składki przypisanej brutto w latach 1991–2006.



Wykres 1.1. Udział w rynku trzech i pięciu największych towarzystw ubezpieczeń na życie wg składki przypisanej brutto w latach 1991–2006

Źródło: Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, *Przegląd dziesięciolecia*; biuletyny roczne KNF 2001–2006.

Stopniowo maleje również udział na rynku towarzystw, które jako pierwsze rozpoczęły działalność w Polsce tj. PZU Życie, CU i AL (które ze względu na długość działania na rynku zostały uwzględnione w badaniach empirycznych). Spadek ten widoczny jest przede wszystkim w PZU Życie, które przejęło całość ubezpieczeń życiowych od PZU (monopolisty do 1990 r.). Do 2000 r. znaczną dynamiką wzrostu wykazywały się dwa pozostałe towarzystwa, w kolejnych latach towarzystwa te traciły udział na rzecz nowych zakładów wchodzących na rynek (wykres 1.2).



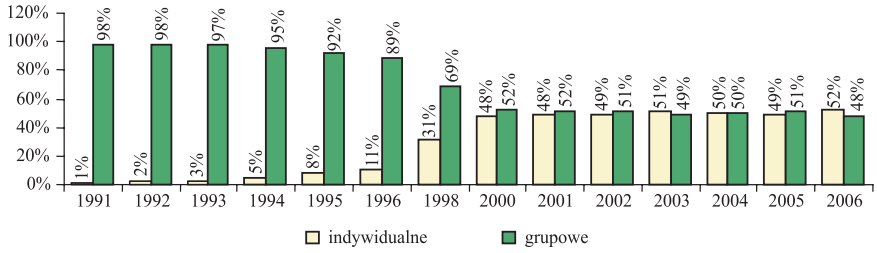
Wykres 1.2. Udział w rynku AL, CU, PZU Życie wg składki przypisanej brutto w latach 1991–2006

Źródło: Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, *Przegląd dziesięciolecia*; biuletyny roczne KNF 2001–2006.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Większość towarzystw (tj. 27) w 2006 r. prowadziło działalność we wszystkich, przewidzianych ustawą, grupach ubezpieczeniowych. Udział w rynku (w procentach wg składki przypisanej brutto) poszczególnych grup ubezpieczeniowych w kolejnych latach od 1991 do 2006 r. przedstawiono w tabeli 1.3. Od początku lat dziewięćdziesiątych do 2005 r. największy udział w rynku miały ubezpieczenia na życie, który jednak stopniowo malał, głównie na rzecz ubezpieczeń na życie z funduszem kapitałowym, stanowiących w 2006 r. najliczniejszą część rynku (46%). Ciągle mało popularne w naszym kraju pozostawały ubezpieczenia posagowe i rentowe.

Analizując strukturę rynku pod względem ubezpieczeń indywidualnych i grupowych, należy pamiętać, że wkraczając w przemiany ustrojowe w 1990 r. ponad 90% wszystkich polis stanowiły ubezpieczenia grupowe. Z biegiem lat ich udział w rynku stopniowo malał i w 2006 r. wyniósł 48% (wykres 1.3). Na koniec 2006 r. wszystkich czynnych indywidualnych polis Działu I było 5,5 mln, składka przypisana brutto dla ubezpieczeń indywidualnych wyniosła 10,9 mld zł[131].



Wykres 1.3. Udział w rynku ubezpieczeń indywidualnych i grupowych wg składki przypisanej brutto

Źródło: *Zarządzanie ryzykiem w ubezpieczeniach*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wrocław 2000, s. 248; biuletyny roczne KNF 2001–2006.

W 2006 r. większość towarzystw miało w swojej ofercie ubezpieczenia indywidualne. Wśród pięciu największych towarzystw jedynie w portfelu PZU Życie dominowały ubezpieczenia grupowe (84%), w pozostałych towarzystwach z tej grupy – indywidualne (udział w portfelu: CU – 82%, AL – 70%, Aegon – 99%, Allianz Życie – 82%).

Jednym z podstawowych mierników sytuacji na rynku ubezpieczeniowym, świadczącym o kondycji towarzystw, jest składka ubezpieczeniowa

[131] Biuletyn KNF za 2006 r.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Tabela 1.3. Struktura rynku ubezpieczeń na życie (w proc.) wg grup ubezpieczeniowych w latach 1991–2006 (wg składki przypisanej brutto)

Rodzaje ubezpieczeń	Lata													
	1991	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ubezpieczenia na życie	92,1	78,2	75,3	69,7	63,0	59,4	54,8	52,3	49,7	48,1	48,2	48,8	45,4	38,5
Ubezpieczenia posagowe	1,4	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,1	1,5	1,3	1,2	1,0	0,7
Ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym	–	2,9	6,5	12,8	20,0	23,8	29,0	30,5	32,2	32,3	32,0	31,8	36,9	46,1
Ubezpieczenia rentowe	0,1	0,0	0,7	0,7	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Ubezpieczenia chorobowe i wypadkowe	6,4	18,3	17,0	16,0	16,1	15,8	16,0	16,7	17,7	17,9	18,3	18,0	16,5	14,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KNF 1991–1999 i biuletynów rocznych KNF 2001–2006.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

niowa brutto, która stanowi główne źródło dochodu towarzystw ubezpieczeniowych. Na składkę przypisaną, w przypadku zakładów Działu I, składają się kwoty składek z tytułu umów ubezpieczenia, należne w okresie sprawozdawczym, niezależnie od tego, czy zostały opłacone. Zatem są to wielkości teoretyczne należnej składki za ochronę ubezpieczeniową[132]. Bardzo istotne jest odpowiednie skalkulowanie składki, gdyż mimo zmian ryzyka zakład bez zgody ubezpieczającego nie będzie mógł jej korygować. Jeżeli będzie zbyt niska, może się okazać, że zakład będzie musiał pokryć świadczenie z własnych środków; jeżeli zbyt wysoka – spadnie konkurencyjność towarzystwa[133].

Od początku lat dziewięćdziesiątych stale wzrastała wielkość składki ubezpieczeniowej brutto towarzystw ubezpieczeń na życie i w 2006 r. wyniosła 21,1 mld zł. Jednak dynamika przyrostu składki była różna. Po pierwszym bardzo znacznym wzroście (związanym z wyodrębnieniem PZU Życie), następował systematyczny spadek do 2002 r. (do 7%), a w kolejnych latach nastąpił ponownie wzrost do 38% w 2006 r. Znaczny spadek na przełomie XX i XXI w. wynikał m.in. z nasilenia się zjawiska rezygnacji z polis w tamtym okresie. Ogółem w 2001 r. odnotowano rezygnację z 830 tys. polis, a w 2002 r. z 732 tys.[134] Skumulowana liczba polis, z których zrezygnowano, pokazuje, że do końca 2002 r. umowy ubezpieczenia rozwiązało ok. 40% posiadaczy polis z 1999 r. Natomiast, uwzględniając polisy sprzedane w latach 2000–2002, stwierdzono, że umowę wypowiedział w ciągu tych trzech lat co trzeci klient. Była to największa skala rezygnacji w sektorze usług finansowych. Towarzystwom udało się to częściowo ukryć dzięki polisom grupowym, a także sprzyjającej sytuacji na rynku papierów dłużnych. Przeprowadzona przez organ nadzoru analiza wykazała, że zjawisko rezygnacji w największym stopniu dotknęło ubezpieczenia na życie związane z funduszem kapitałowym (grupa 3) oraz ubezpieczenia na życie (grupa 1)[135]. Przyczyny tego kryzysu ubezpieczeń życiowych były złożone. Należy do nich zaliczyć cztery grupy czynników: zewnętrzne (tj. pogorszenie sytuacji gospodarczej, wzrost bezrobocia),

---

[132] S. Wieteska, *Rozwój ubezpieczeń życiowych i majątkowo-osobowych w Polsce w latach 1990–2000 jako element rynku kapitałowego*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2004, nr 177, s. 44.

[133] W. Sułkowska, *Ubezpieczenia życiowe*, s. 112.

[134] J. Łańcucki, *Rynek ubezpieczeniowy w Polsce. Cechy charakterystyczne i determinanty rozwoju*, „Prawo Asekuracyjne" 2003, nr 4, s. 3.

[135] Szerzej w: *Zjawisko rezygnacji z ubezpieczeń życiowych*, red. T. Szumlicz, „Forum Dyskusyjne Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych", KNUiFE 2004, z. 1, s. 17–18 i nast.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

leżące po stronie klientów, związane z kanałami dystrybucji i leżące po stronie zakładów ubezpieczeń[136].

Pozytywny jest fakt, że towarzystwom udało się w kolejnych latach uzyskać rosnącą dynamikę przyrostu składki. Systematyczny przyrost składki świadczy głównie o ciągle rosnącej liczbie osób ubezpieczonych. Należy jednak pamiętać, że przypis składki związany jest również z innymi zabiegami towarzystwa tj. dołączeniem opcji dodatkowych do istniejących polis, proponowaniem indeksacji składki[137].

Kolejnym ważnym czynnikiem, obrazującym sytuację rynku, jest wysokość odszkodowań i świadczeń wypłaconych brutto. Odszkodowania i świadczenia w ujęciu brutto obejmują wszelkie wypłaty i obciążenia z tytułu odszkodowań i świadczeń za szkody i wypadki, w tym świadczenia rentowe i wykupy polis, łącznie z wszystkimi kosztami likwidacji szkód i windykacji regresów, zmniejszone o zwroty, regresy i odzyski[138]. W badanym okresie nastąpił wzrost wypłaconych świadczeń i odszkodowań (brutto). W 2006 r. wyniósł 8,4 mld zł. Tempo przyrostu było zmienne. Następował spadek do 1999 r. (do 15%), po czym został odnotowany wzrost do 31% w 2001 r., natomiast w kolejnych latach ponownie spadek do 12% w 2006 r.

Ubezpieczenia życiowe zalicza się do dóbr wyższego rzędu i luksusowych. Zatem zmiany w przyrostach składki związane były także ze zmianami PKB[139].

Wielkości wyżej opisanych mierników zostały przedstawione na wykresie 1.4.

---

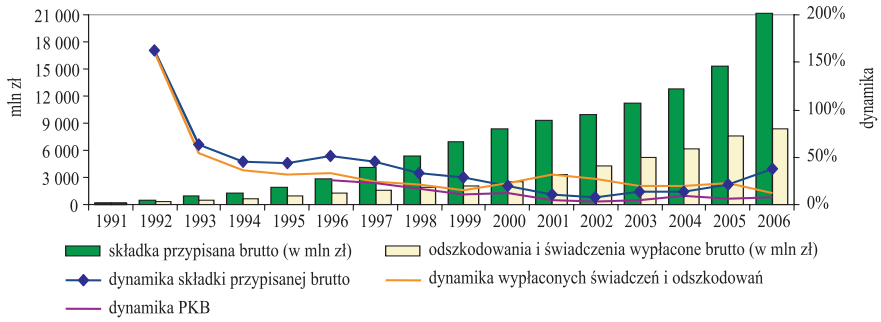
[136] *Ibidem*, s. 29–30; por. z: E. Stroiński, *Przejściowe zjawisko rezygnacji z ubezpieczeń życiowych czy stabilizacja rynku?*, „Forum Dyskusyjne Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych", KNUiFE 2004, z. 1, s. 35; B. Zduńczyk-Skup, *Zjawisko rezygnacji z polis życiowych – naturalna korekta rynku?*, *ibidem*, s. 51; S. Rogowski, M. Kawiński, *Niektóre uwarunkowania zjawiska rezygnacji z ubezpieczeń życiowych w świetle obserwacji Rzecznika Ubezpieczonych*, *ibidem*, s. 57; K. Pawleta, *Przyczyny rezygnacji z polis ubezpieczeniowych na życie (w świetle badań ankietowych)*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2005, nr 1/2, s. 47; A. Burchat, *Badanie świadomości ubezpieczeniowej Polaków*, Dziennikarska Akademia Ubezpieczeniowa, Warszawa 2006; A. Dryszel, *Nabrani na polisy*, „Przegląd" 2002, nr 48 (154), z 2 grudnia, s. 14; J. Barańska, *Ubezpieczenia emerytalne i na życie*, „Gazeta Prawna" 2003, nr 32.

[137] M. Jaworski, *W poszukiwaniu zielonych pól*, „Nowe Ubezpieczenia" 2003, nr 2, s. 14.

[138] S. Wieteska, *Rozwój ubezpieczeń*, s. 46.

[139] S. Gniadek, P. Rutkowski, *Czynniki wpływające na rozwój zakładów ubezpieczeń i rynku ubezpieczeniowego w Polsce. Bariery i perspektywy rozwoju*, w: *Ubezpieczenia społeczne i gospodarcze*, red. M. Pierzchalska, Radom 2000, s. 116.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932



Wykres 1.4. Składka ubezpieczeniowa brutto, odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto, ich dynamika oraz dynamika PKB w latach 1991–2006

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KNF 1991–1999 i biuletynów rocznych KNF 2001–2006, danych GUS za lata 1991–2006.

Na koszty zakładu ubezpieczeń składają się koszty akwizycji, w tym prowizje dla pośredników ubezpieczeniowych, wydatki na reklamę oraz koszty administracyjne – wszystkie pozostałe koszty niezaliczone do kosztów akwizycji. W głównej mierze na cenę ubezpieczenia wpływają koszty sprzedaży (akwizycji). Ich redukcja pozwala obniżyć wysokość składki ubezpieczeniowej, ale może przyczynić się do obniżenia jakości obsługi klienta[140].

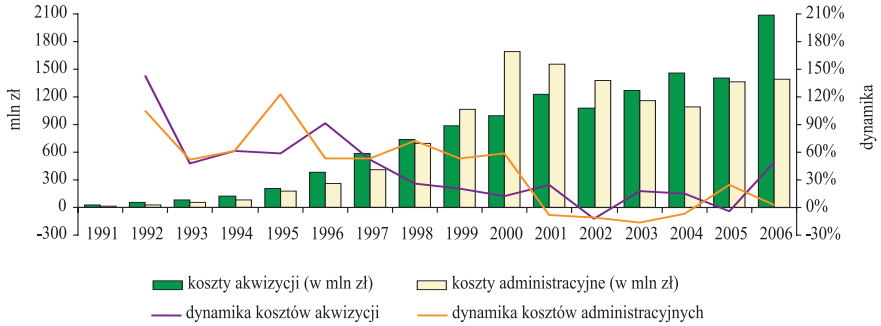
Koszty akwizycji sektora ubezpieczeń na życie w 2006 r. wyniosły 2,1 mld zł, natomiast koszty administracyjne 1,4 mld zł. Koszty akwizycji w zasadzie cały czas rosły, jedyny znaczny spadek można zauważyć w 2002 r., natomiast bardzo wyraźny wzrost nastąpił w 2006 r. Koszty administracyjne rosły do 2000 r. (największy przyrost w 1995 r.), w kolejnych czterech latach widoczny jest spadek, po czym znowu wzrost o 25% w 2005 r., i na prawie niezmienionym poziomie pozostały w 2006 r. (wykres 1.5).

Kolejny istotny miernik to wynik finansowy netto. Zakłady ubezpieczeń na życie w badanym okresie odnotowywały dodatni wynik finansowy netto (jedynie w 1992 r. był ujemny – 1,2 mln zł) i 2006 r. wyniósł 2,9 mld. zł. Dwukrotnie odnotowano spadek wysokości wyniku finansowego w 1995 r. (o 42%) i w 1999 (o 17%). W pozostałych

[140] I. Kwiecień, *Konkurencja na rynku ubezpieczeń z punktu widzenia decyzji konsumenta*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2001, t. 2, nr 890, s. 77, wraz z literaturą tam zawartą.

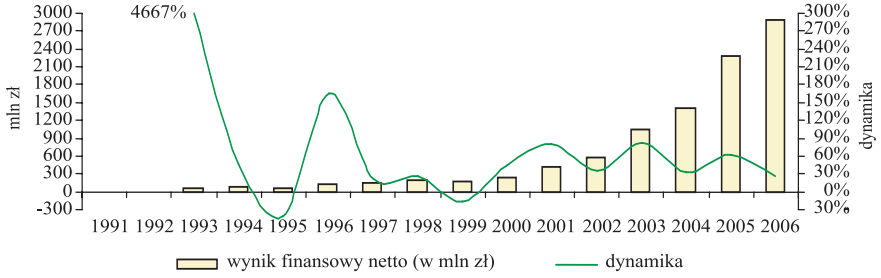
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

latach następował wzrost wyniku finansowego, jednak jego dynamika była różna (wykres 1.6).



Wykres 1.5. Koszty akwizycji i administracyjne oraz ich dynamika w latach 1991–2006

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KNF 1991–1999 i biuletynów rocznych KNF 2001–2006.



Wykres 1.6. Wynik finansowy netto zakładów ubezpieczeń na życie oraz jego dynamika w latach 1991–2006

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych KNF 1991–1999 i biuletynów rocznych KNF 2001–2006.

Za syntetyczny miernik znaczenia ubezpieczeń dla gospodarki narodowej można uznać wartość stosunku składki przypisanej brutto do PKB (wartość tzw. współczynnika penetracji). Wzrost gospodarczy w Polsce wpływa na rozwój rynku ubezpieczeniowego. Rośnie stosunek wartości składki przypisanej brutto do PKB. W 2006 r. udział ten wyniósł prawie 2%, podczas gdy w 1991 r. wynosił niepełna 0,3%[141].

[141] Dla porównania w Wielkiej Brytanii udział ten w 2006 r. wynosił 13%, a we Francji 8%. *World insurance in 2006*, Swiss Re, „Sigma" 2007, No. 4.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Innym miernikiem rozwoju sektora ubezpieczeń jest wartość składki ubezpieczeniowej brutto przypadającej na jednego mieszkańca (współczynnik gęstości), która wyraża rzeczywisty popyt zgłaszany na ubezpieczenia przez gospodarstwa domowe[142]. Wartość ta systematycznie rosła od 6 zł w 1991 r. do 548 zł w 2006 r. (tabela 1.4).

Pomimo tego, że wzrost składki przypisanej brutto na jednego mieszkańca w badanym okresie był znaczny, to jednak wysokości te są niewielkie w porównaniu do średniej składki w UE i OECD[143].

Bardzo niewielki był również udział Polski (wg składki przypisanej brutto) w rynku światowym i europejskim, optymistyczny jest jednak fakt, że udział ten wzrósł z 0,2% do 0,6% w rynku europejskim i z 0,05% do 0,3% – w światowym (1994 r. do 2006 r.). W rynku Europy Środkowo-Wschodniej udział ten wyniósł w 2006 r. 44%[144].

Swoboda jednolitego rynku ubezpieczeniowego w ramach UE nie doprowadziła do przebudowy struktury rynku. Towarzystwa w dalszym ciągu korzystały z klasycznych form ekspansji, rezygnując z instrumentów jednolitego rynku. Dziesięciokrotnie więcej składki gromadziły, posiadając za granicą samodzielne zakłady ubezpieczeń, niż poprzez tworzenie oddziałów oraz transakcje transgraniczne. Należy przypuszczać, że dalszy rozwój rynku ubezpieczeniowego będzie się dokonywał bardziej pod wpływem trendów globalnych (np. procesów konsolidacji) i pośrednich efektów uczestnictwa Polski w UE, tj. wzrostu gospodarczego, niż wskutek bezpośredniego oddziaływania mechanizmów jednolitego rynku[145].

---

[142] M. Mocek, M. Spychała, *Rynek ubezpieczeń w Polsce w latach 1992–1996 – tendencje zmian*, w: *Rynek ubezpieczeń na życie w Polsce. Teraźniejszość i przyszłość*, red. J. Garczarczyk, Poznań 1997, s. 40.

[143] W 2006 r. średnia składka wyniosła w dolarach amerykańskich 1978 w UE, 1645 w OECD, w Polsce zaledwie 151. Najwyższa składka ubezpieczeniowa *per capita* została odnotowana w Wielkiej Brytanii – 5140 dolarów amerykańskich, oraz w Irlandii – 4204. Wielkości te dobrze obrazują dystans dzielący Polskę od rynków państw wysokorozwiniętych. *World insurance in 2006*.

[144] Spośród krajów Europy Środkowo-Wschodniej Polska miała największy udział w rynku światowym, natomiast biorąc pod uwagę składkę przypadającą na osobę, sytuacja wyglądała znacznie gorzej. Składka była niższa o 97% niż w Czechach, o 29% niż w Słowacji, o 19% niż w Estonii i o 15% niż na Węgrzech. Wyliczenia na podstawie: *World insurance in 2006*.

[145] J. Monkiewicz, *Polski rynek ubezpieczeń w UE. Nowe zasady i nowa rzeczywistość*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2005, nr 1/2, s. 13.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Tabela 1.4. Udział składki przypisanej brutto zakładów ubezpieczeń w PKB oraz wartość składki przypadająca na jednego mieszkańca Polski w latach 1991–2006 (Dział I)

Wyszczególnienie		Lata															
		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Udział składki przypisanej brutto w PKB (w proc.)		0,26	0,45	0,57	0,57	0,60	0,72	0,86	0,98	1,04	1,12	1,19	1,22	1,32	1,37	1,63	1,99
Wartość składki przypisanej brutto na jednego mieszkańca	w zł	6	14	23	33	48	72	105	139	180	216	240	257	289	329	396	548
	w dol. amerykańskich	5	10	13	15	20	27	32	40	46	50	49	51	60	73	102	151

Źródło: Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, *Przegląd dziesięciolecia*; Swiss Re, „Sigma" 2001, No. 6; 2002, No. 6; 2003, No. 8; 2004, No. 3; 2005, No. 2; 2006, No. 5; 2007, No. 4.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

1.3. Klasyfikacje ubezpieczeń na życie i metody ich dystrybucji

1.3.1. Rodzaje ubezpieczeń na życie

Zgodnie z obowiązującą od 2003 r. ustawą o działalności ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczeń na życie funkcjonuje pięć grup: 1. Ubezpieczenia na życie; 2. Ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci; 3. Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym; 4. Ubezpieczenia rentowe; 5. Ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach 1–4.

Do grupy pierwszej, czyli ubezpieczeń na życie, zalicza się ubezpieczenia: terminowe na wypadek śmierci, na całe życie, na dożycie oraz na wypadek śmierci i dożycie (tzw. mieszane)

W ubezpieczeniu terminowym na wypadek śmierci, umowa zawierana jest na ustalony okres. Jeżeli ubezpieczony umrze w trakcie trwania umowy, wówczas wypłacane jest świadczenie uposażonym, jeżeli przeżyje okres ubezpieczenia – umowa wygasa[146]. Ze względu na istnienie tylko niewielkiej nadpłaty nie stosuje się udziału w zysku, wykupu, zamiany na bezskładkową polisę, składki nie podlegają zwrotowi, a ewentualne pozostałe nadwyżki powiększają zysk towarzystwa[147].

W odróżnieniu od ubezpieczeń terminowych w ubezpieczeniu na całe życie nie ma wyznaczonego czasu trwania ubezpieczenia. Ubezpieczenie to zapewnia dożywotnią ochronę na wypadek śmierci ubezpieczonego, zatem w tym przypadku zawsze następuje wypłata świadczenia. Ten typ ubezpieczenia ma wartość wykupu oraz daje możliwość zamiany na bezskładkowe[148].

Ubezpieczenie na dożycie pełni przede wszystkim funkcję oszczędnościową. Umowa zawierana jest na czas określony. Świadczenie jest wypłacane tylko ubezpieczonemu w przypadku dożycia przez niego określonego terminu. Ubezpieczenie może zostać wykupione lub zamienione na bezskładkowe. W czasie trwania ubezpieczenia nie są wypłacane żadne świadczenia (w przypadku śmierci zwiększa się fundusz na rzecz osób, które przeżyły), zatem cała składka netto podle-

[146] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 140.
[147] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 108.
[148] *Ibidem*, s. 118, 119.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

ga inwestowaniu. Ubezpieczenie to jest przeznaczone dla osób, które przede wszystkim są zainteresowane uzyskaniem świadczenia po dożyciu określonego wieku, a nie zabezpieczeniem innych osób[149].

Z kolei ubezpieczenie na wypadek śmierci i dożycie (mieszane) jest połączeniem ubezpieczenia terminowego na wypadek śmierci i ubezpieczenia na dożycie, pełniącym tym samym zarówno funkcję ochronną, jak i oszczędnościową. W umowie ustala się okres ubezpieczenia, po którym, jeżeli ubezpieczony dożyje, otrzymuje świadczenie. Świadczenie jest wypłacane także w przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania umowy. Ubezpieczenie to posiada wartość wykupu i może zostać zamienione na bezskładkowe[150]. Największy udział w ubezpieczeniu na życie i dożycie ma element oszczędnościowy, dlatego produkt ten nie jest przeznaczony dla osób o dużych zobowiązaniach (powinny one szukać produktów przede wszystkim ochronnych). W niektórych przypadkach ubezpieczenie to może być traktowane jako emerytalne[151].

W ubezpieczeniach z pierwszej grupy ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko nieosiągnięcia zakładanej stopy oprocentowania (ewentualne różnice są pokrywane ze środków własnych towarzystwa). W związku z tym ubezpieczenia te są wybierane przez osoby, które chcą uzyskać w wieku emerytalnym pewny dochód nienarażony na wahania cen i ewentualny spadek wartości papierów wartościowych[152].

Druga grupa to ubezpieczenia posagowe, które stanowią specyficzny sposób oszczędzania zapewniający dziecku świadczenie po osiągnięciu wieku dojrzałego i w związku z wiążącymi się z tym kosztami, np. rozpoczęcia nauki w szkole wyższej, zawarcia związku małżeńskiego, kupna mieszkania. Z reguły w tego typu ubezpieczeniach ubezpieczonymi i ubezpieczającymi są rodzice, a uposażonym dziecko (poza szczególnymi sytuacjami wynikającymi z rozszerzenia zakresu ubezpieczenia). W ofercie towarzystw są również polisy, w których ubezpieczonym jest dziecko, a ubezpieczającym rodzice[153]. W przypadku śmierci dziecka zostają zazwyczaj zwrócone składki z uwzględnieniem kosztów lub wartość polisy.

---

[149] *Ibidem*, s. 122–123.
[150] E. Stroiński, *Ubezpieczenia osobowe*, s. 147.
[151] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 145.
[152] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 140.
[153] E. Stroiński, *Ubezpieczenia osobowe*, s. 148.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Następną grupę tworzą ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym, charakteryzujące się tym, że składka jest lokowana w funduszu/funduszach na ryzyko klienta. Wartość świadczenia natomiast równa się sumie ubezpieczenia powiększonej o środki zgromadzone na indywidualnym koncie klienta lub wyższej z sum[154]. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej (art. 2) definiuje UFK jako wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia. W ramach każdego z funduszy ubezpieczyciel tworzy indywidualne konta inwestycyjne, na których są ewidencjonowane jednostki nabyte za składkę danego ubezpieczającego. Ubezpieczający ma prawo decydować o strategii lokowania, wybierając jeden bądź więcej funduszy, charakteryzujących się różnym stopniem ryzyka[155]. Ubezpieczenia te pełnią funkcję zarówno ochronną, jak i oszczędnościową, a świadczenie jest wypłacane zawsze. Podstawową jego cechą jest uzależnienie świadczenia od wyników inwestycyjnych funduszu. Ryzyko w tego typu ubezpieczeniu maleje wraz z upływem lat ubezpieczenia (ze względu na wzrost wartości funduszy, ryzyko natomiast jest różnicą między sumą ubezpieczenia a wartością jednostek na funduszu), co z kolei przekłada się na zmniejszone koszty ubezpieczenia i w konsekwencji większa część składki alokowana jest w funduszach[156]. Oznacza to, że ubezpieczający płaci za rzeczywiste ryzyko śmierci, w przeciwieństwie do ubezpieczeń klasycznych, gdzie płaci za ryzyko uśrednione. Dzięki temu klient zyskuje możliwość zmiany sumy ubezpieczenia w tracie trwania umowy. Ubezpieczony sam decyduje, czy ubezpieczenie ma się charakteryzować dużą ochroną (wysokie świadczenie w razie śmierci), czy dążeniem do zwiększenia części inwestycyjnej (wysokie świadczenie w przypadku dożycia określonego wieku)[157]. Tego typu ubezpieczenia są traktowane jako ubezpieczenie bezterminowe (tj. bez określania górnej granicy czasu trwania umowy), ze względu na łatwość wycofania kapitału i zakończenia ubezpieczenia, bez znaczących konsekwencji (poza administracyjno-proceduralnymi), gdyż wysokość opłaty za ryzyko

---

[154] B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, s. 112.

[155] M. Szczepańska-Bębenek, *Charakter prawny ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2005, nr 5/6, s. 3.

[156] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 148.

[157] K. Lisiecki, *Najważniejsze rodzaje ubezpieczeń na życie*, w: *Ubezpieczenia społeczne i na życie. Stan i perspektywy*, red. H. Worach-Kardas, Łódź 2004, s. 197.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

nie zależy od okresu ubezpieczenia[158]. Produkty te dają możliwości dokonywania wielu modyfikacji w okresie ubezpieczenia. O elastyczności tego produktu decyduje możliwość wprowadzania zmian w czasie trwania ubezpieczenia, tj.: zmiana wysokości składki i sumy ubezpieczenia, zmiana częstotliwości opłacania składki, zawieszenie opłacania składek, dokupienie lub rezygnacja z opcji dodatkowych, zmiana na ubezpieczenie bezskładkowe, prawo do całkowitego bądź częściowego wykupu polisy, możliwość wyboru i zmiany funduszu/funduszy, w które ma być inwestowana składka, możliwość uzyskania pożyczki pod zastaw polisy[159].

Grupa czwarta to ubezpieczenia rentowe, których głównym celem jest materialne zabezpieczenie na przyszłość, na podstawie przekazanych zakładowi środków (zazwyczaj jednorazowej składki). Świadczenia wypłacane są cyklicznie w formie renty natychmiast płatnej (bezpośrednio po zawarciu umowy) lub renty odroczonej (wypłacanej po ustalonym czasie). Wypłata świadczeń może trwać przez określony czas lub do końca życia ubezpieczonego, może być też kontynuowana na rzecz uposażonych[160]. Głównym beneficjentem jest tutaj osoba ubezpieczona, a ryzykiem ubezpieczenia – jej życie. Wpłacony kapitał zawsze może być wycofany przez ubezpieczonego wraz z odsetkami, po odliczeniu kosztów administracyjnych, ale tylko przed rozpoczęciem płacenia renty[161].

Ostatnią grupę stanowią ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe jako uzupełnienie grup wcześniejszych (tzw. ryzyka dodatkowe lub opcje). Prowadzone są one jako dodatek do ubezpieczenia życiowego, które stanowi ubezpieczenie podstawowe. Są zawierane, z nielicznymi wyjątkami, na tych samych zasadach co ubezpieczenie podstawowe. Różnice mogą dotyczyć momentu rozpoczęcia i zakończenia odpowiedzialności zakładu, przejścia na ubezpieczenie bezskładkowe, obowiązków ubezpieczającego. W Polsce w ramach tej grupy najczęściej oferowane są ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (śmierć, kalectwo wskutek nieszczęśliwego wypadku), niezdolności do pracy, ubezpieczenia chorobowe (zwrot kosztów leczenia, świadczenia w przypadku wskazanych chorób itp.)[162]. Świad-

---

[158] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 159.

[159] *Ibidem*, s. 180; szerzej w: W. Pawłowska, *Jak połączono ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 2003, nr 14, s. 29.

[160] *Vademecum*, s. 210.

[161] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 209–211.

[162] *Ibidem*, s. 221.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

czenia z tytułu umów dodatkowych są wypłacane niezależnie od świadczeń wypłacanych na podstawie innych polis. Jeżeli zostanie przerwana ciągłość opłacania składek lub ubezpieczony ukończy określony wiek, umowa dodatkowa wygasa, a wpłacone składki nie podlegają zwrotowi.

Oprócz podziału ustawowego, ubezpieczenia na życie można podzielić, stosując inne kryteria. Najważniejsze przedstawiono w tabeli 1.5.

Tabela 1.5. Klasyfikacja ubezpieczeń na życie

Kryterium	Rodzaje	Opis
Czas trwania umowy	terminowe	zawierane jest na z góry określony czas
	bezterminowe (ubezpieczenie dożywotnie)	ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca życia, składki też powinny być opłacane do końca, często jednak towarzystwa określają wiek, po którego dożyciu ubezpieczający zostaje zwolniony z opłacania składki
Charakter umowy	ochronne	celem jest uzyskanie świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w trakcie trwania umowy
	oszczędnościowe	zapewnia korzyści finansowe niezależnie od tego, czy nastąpił wypadek ubezpieczeniowy – świadczenie wypłacane jest zawsze
Liczba ubezpieczonych, selekcja ryzyka, kalkulacja składki	indywidualne	oferowane indywidualnym klientom z uwzględnieniem oceny ryzyka indywidualnego
	grupowe	zawarte na rzecz grupy osób
Forma organizacyjno-prawna/cel działalności zakładu ubezpieczeń	komercyjne	oferowane przez spółki akcyjne
	wzajemne	oferowane przez towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych, które działają non-profit

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, Kraków 2007, s. 119, 133; B. Hadyniak, *Produkty ubezpieczeń na życie*, w: *Podstawy ubezpieczeń. Tom II – produkty*, red. J. Monkiewicz, Warszawa 2001, s. 99; *Ubezpieczenia gospodarcze. Ryzyko i metodologia oceny*, red. T. Michalski, A. Karmańska, A. Śliwiński, Warszawa 2004, s. 72.

Rodzaje ubezpieczeń wynikające z dwóch pierwszych kryteriów podziału znajdują odzwierciedlenie z ustawowej klasyfikacji ubezpieczeń. Kolejne, związane jest z możliwością oferowania ubezpieczeń dla osób

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

indywidualnych oraz dla kilku osób jednocześnie (grupy). Podział na ubezpieczenia komercyjne i wzajemne wynika z dopuszczonych przez ustawodawcę form wykonywania działalności ubezpieczeniowej przez ubezpieczyciela (art. 5 ust. o działalności ubezpieczeniowej).

1.3.2. Produkty oferowane w Polsce (na przykładzie wybranych towarzystw ubezpieczeń na życie)

W 2007 r. na polskim rynku istniało wiele zakładów ubezpieczeniowych. Do największych i najdłużej działających należały PZU Życie[163], CU[164] oraz AL[165]. Ze względu na długość funkcjonowania na rynku, towarzystwa te zostały uwzględnione w badaniach empirycznych. W dalszej części rozdziału omówiono produkty ubezpieczeniowe sprzedawane przed 1998 r. (tj. produkty, jakie posiadały osoby biorące udział w badaniu ankietowym) i oferowane w 2007 r. dla klientów indywidualnych przez trzy wymienione wyżej zakłady ubezpieczeń.

PRODUKTY UBEZPIECZENIOWE SPRZEDAWANE W LATACH 1991–1997

Zachodnie towarzystwa ubezpieczeniowe, które pojawiły się w Polsce na początku lat dziewięćdziesiątych wniosły nie tylko kapitał, lecz także stworzyły nowy wizerunek ubezpieczeń, a klientom zaproponowały nowe produkty ubezpieczeniowe. Zakłady nie rozwijały ubezpieczeń grupowych, ale głównie te, których brakowało na naszym rynku, czyli ubezpieczenia indywidualne[166].

---

[163] Dnia 20 grudnia 1991 r. Spółka otrzymała zezwolenie ministra finansów na prowadzenie ubezpieczeń na życie, ubezpieczeń posagowych, ubezpieczeń na życie z funduszem inwestycyjnym oraz na prowadzenie reasekuracji biernej i czynnej. Sprzedaż rozpoczęto w styczniu 1992 r. Dnia 20 sierpnia 1996 r. Spółka otrzymała zezwolenie ministra finansów na prowadzenie ubezpieczeń rent oraz wypadkowych i chorobowych. PZU Życie – Sprawozdanie roczne 1996 oraz www.pzu.pl [dostęp: 16 stycznia 2008].

[164] CU powstało w 1861 r., w Polsce Towarzystwo rozpoczęło działalność w 1991 r. jako Commercial Union Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie (Polska) SA. Sprzedaż rozpoczęto w sierpniu 1992 r., od 2009 r. funkcjonuje pod nazwą Aviva, www.cu.pl [dostęp: 16 stycznia 2008 oraz 11 marca 2010].

[165] Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji SA zostało powołane w 1990 r. przez dwie instytucje finansowe: American International Group Inc. oraz Bank Pekao SA. Sprzedaż polis ubezpieczeniowych AL rozpoczęto w listopadzie 1991 r. Amplico Life – Raport roczny 1998, www.amplicolife.pl [dostęp: 16 stycznia 2008], od 1 grudnia 2011 r. MetLife Amplico.

[166] E. Stroiński, *Tendencje zmian*, s. 4.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

W pierwszym okresie funkcjonowania rynku dominowała głównie konkurencja cenowa, udoskonalanie istniejących i wprowadzanie nowych produktów nastąpiło w kolejnym etapie. W następnych latach rozpoczęto sprzedaż nowych ubezpieczeń dostosowanych do sytuacji społeczno-ekonomicznej, wymagań klientów, jak również pojawiających się nowych ryzyk w rozwijającej się gospodarce rynkowej[167].

W AL standardowym produktem stało się indywidualne ubezpieczenie mieszane na życie i dożycie „Życie Plus", do którego można było dokupić opcje dodatkowe na wypadek śmierci lub kalectwa wskutek NW oraz gwarancję opłacania składek na wypadek inwalidztwa. Ponadto od początku działalności sprzedawane było indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie oraz dożywotnie ubezpieczenie na wypadek śmierci „Sukcesor". Pierwszym produktem oszczędnościowym w AL był „Senior", którego cel stanowiło zgromadzenie kapitału do wykorzystania po zakończeniu okresu umowy. W swojej ofercie towarzystwo posiadało także ubezpieczenie posagowe „Junior".

Amplico Life oferowało kilkanaście umów ubezpieczeń dodatkowych, które klient mógł dokupić do polisy podstawowej m.in.: na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku (świadczenie wypłacano proporcjonalnie do stopnia utraty zdrowia, a w przypadku śmierci w skutek NW – wypłacano podwójną sumę ubezpieczenia wraz z zyskiem), ubezpieczenie na wypadek śmierci (100% sumy ubezpieczenia), gwarancję opłacania składek na wypadek inwalidztwa, gwarancję opłacania składek na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa (przejęcie opłacania składek umowy ubezpieczenia podstawowego oraz wszystkich umów dodatkowych), terminowe ubezpieczenie na życie, „Doktor Amplico Life", „Pierwsza Pomoc", „Zdrowie" (ubezpieczenia: na wypadek pobytu w szpitalu lub operacji, na wypadek pobytu w szpitalu lub operacji wskutek NW, na wypadek groźnej choroby), „Opieka" (miało na celu zapewnić dziecku bezpieczeństwo finansowe w przypadku trwałego inwalidztwa lub śmierci na skutek NW opiekuna dziecka oraz trwałego inwalidztwa dziecka), „Lokata" (ubezpieczenie na dożycie z funduszem inwestycyjnym, składki były gromadzone na specjalnym rachunku inwestycyjnym w celu zgromadzenia dodatkowego kapitału, z prawem do wypłaty kapitału netto po upływie roku)[168].

---

[167] R. Kurek, *Innowacyjność zakładów ubezpieczeń jako element wpływający na ich konkurencyjność*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2001, nr 899, s. 276.

[168] AL, owu (stan sprzed 1998 r.): Indywidualne terminowe ubezpieczenie ub. na życie, Indywidualne dożywotnie ub. na wypadek śmierci „Sukcesor", Indywidualne ub. mie-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie w momencie powołania przejął polisy życiowe od PZU, wśród których dominowały ubezpieczenia grupowe. Spośród jednostkowych najwięcej było polis na życie i zaopatrzenia dzieci (1,5 mln), a ponadto ubezpieczenia rentowe (ok. 90 tys.). Przez 1992 r. towarzystwo działało na starych zasadach. Pierwsze zamiany wprowadzono w 1993 r., a dalsze w 1995 r. Towarzystwo oferowało wówczas ubezpieczenia jednostkowe typu „J": jednostkowe na życie (J I), na wypadek śmierci i dożycia (J II), zaopatrzenia dzieci na życie ojca lub matki (J III), zaopatrzenia dzieci na życie każdej osoby (J IV). Z tytułu J I towarzystwo wypłacało dwa rodzaje świadczeń: dla uposażonego z tytułu śmierci ubezpieczonego lub ubezpieczonemu kwotę wykupu, po określonym przez towarzystwo czasie trwania ubezpieczenia. W J II ubezpieczający sam określał okres ubezpieczenia. Natomiast w przypadku ubezpieczeń J III i J IV dodatkowo ubezpieczyciel w sytuacji śmierci osoby ubezpieczającej przejmował opłacanie składek i jednocześnie rozpoczynał wypłacanie renty miesięcznej dla dziecka. Ponadto towarzystwo oferowało ubezpieczenie emerytalne z funduszem inwestycyjnym „Pogodna Jesień" (od 1996 r.). Świadczenie było wypłacane ubezpieczonemu z chwilą osiągnięcia przez niego wieku emerytalnego, a w przypadku śmierci ubezpieczonego przed osiągnięciem wieku emerytalnego sumę ubezpieczenia wypłacano uposażonemu. W ofercie zakład posiadał także „Czasowe ubezpieczenie na wypadek śmierci", w którym suma ubezpieczenia i składka były stałe przez cały okres trwania umowy[169].

---

szane na życie i dożycie z funduszem inwestycyjnym „Życie Plus", Indywidualne ub. na dożycie z funduszem inwestycyjnym „Senior", Indywidualne ub. na dożycie z funduszem inwestycyjnym „Junior"; Umowa dodatkowa: ub. na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek NW, ub. na wypadek śmierci wskutek NW, Gwarancja opłacania składek na wypadek inwalidztwa, Gwarancja opłacania składek na wypadek śmierci lub inwalidztwa ubezpieczającego, Terminowe ub. na życie, ub. na wypadek pobytu w szpitalu lub operacji „Doktor Amplico Life", ub. na wypadek groźnej choroby „Zdrowie", ub. na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek NW „Opieka", ub. na dożycie z funduszem inwestycyjnym „Lokata", ub. na wypadek pobytu w szpitalu lub operacji wskutek NW „Pierwsza Pomoc", ub. na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek NW „Rodzina", ub. na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek NW „Asekuracja +".

[169] PZU Życie, owu (stan sprzed 1998 r.): Czasowe ub. na wypadek śmierci, Jednostkowe ub. na życie – typ J I, Jednostkowe ub. na wypadek śmierci i dożycie – typ J II, Zaopatrzenie dzieci (na życie matki lub ojca dziecka) – typ J III, Zaopatrzenie dzieci (na życie każdej osoby) – typ J IV, Indywidualne ub. emerytalne „Pogodna Jesień", Dodatkowe ub. na wypadek śmierci w NW wypadku, Dodatkowe ub. na wypadek trwałego inwa-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Do powyższych umów można było dokupić ubezpieczenia dodatkowe tj.: ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku NW, na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek NW, na wypadek niezdolności do pracy (przejęcie obowiązku opłacania składek za ubezpieczenie podstawowe i dodatkowe, należnych za okres niezdolności).

Commercial Union przed 1998 r. oferowało pięć produktów: terminowe na życie, uniwersalne (na życie bezterminowe), inwestycyjne i dwa posagowe. Ubezpieczenie terminowe było dostępne w dwóch wersjach: ubezpieczenie terminowe bez prawa zamiany oraz ubezpieczenie terminowe z prawem zamiany na bezterminowe ubezpieczenie uniwersalne (suma ubezpieczenia i składka były stałe przez cały okres ważności polisy). W 1994 r. zmodyfikowano ubezpieczenie bezterminowe na życie na uniwersalne „Plus", dając do wyboru jedną z czterech opcji dodatkowych: na wypadek śmierci lub kalectwa w wyniku NW, na wypadek niezdolności do pracy, na wypadek śmierci dziecka, ubezpieczenie składki. Ubezpieczenie inwestycyjne „Bonus" (od 1996 r.) można było kupić ze składką regularną lub jednorazową. Ubezpieczenie to miało cechy ubezpieczenia emerytalnego, było ono bowiem ubezpieczeniem tańszym, nie wymagało badań lekarskich, ponadto ubezpieczony mógł zdecydować się na otrzymywanie świadczenia w formie renty. W przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania umowy wypłacano świadczenie, które było równe wyższej z dwóch kwot: sumie wpłaconych składek lub aktualnej wartości polisy. Wśród produktów posagowych w ofercie CU znajdowała się „Młodzieżowa Polisa Przyszłościowa" – bezterminowe ubezpieczenie na życie. Była to umowa zawierana na czas nieograniczony; dziecko więc mogło skorzystać ze zgromadzonego kapitału w dowolnym momencie w przyszłości. W drugim ubezpieczeniu posagowym – „Absolwencie" (1997 r.) – dziecko było uposażonym, natomiast ubezpieczonym i ubezpieczającym osoba dorosła. Świadczenie wypłacane było dziecku po określonym czasie.

Do ubezpieczeń podstawowych można było dokupić umowy dodatkowe tj. na wypadek: śmierci lub trwałego inwalidztwa, niezdolności do pracy, śmierci dziecka, śmierci obojga rodziców w wyniku NW (do polis posagowych), oraz ubezpieczenie składki ubezpieczeniowej

---

lidztwa spowodowanego NW, Dodatkowe ub. na wypadek niezdolności do pracy; oraz T. Sangowki, *Ewolucja struktury produktowej ubezpieczeń życiowych w Polsce*, w: *Rynek ubezpieczeń na życie w Polsce*.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

(ubezpieczony w czasie całego okresu czasowej niezdolności do pracy był zwolniony z opłacania składek).

Commercial Union specjalizowało się od początku w ubezpieczeniach indywidualnych. Jako pierwsze w Polsce zaoferowało klientom ubezpieczenie z funduszem inwestycyjnym. Od 1997 r. klienci CU mogli lokować składki w czterech funduszach różniących się stopniem ryzyka – było to jedyne towarzystwo ubezpieczeniowe dające ówcześnie taką możliwość[170].

GŁÓWNE KIERUNKI ZMIAN W PRODUKTACH UBEZPIECZENIOWYCH PO 1997 ROKU (NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZEŃ Z 2007 ROKU)

Zmiany w ofercie produktowej były wprowadzane systematycznie. Najpierw pojawiały się modyfikacje w istniejących produktach, następnie wprowadzano nowe produkty. Przeobrażenia te miały na celu przede wszystkim dostosowanie się do potrzeb klientów i wzmożonej konkurencji na rynku ubezpieczeń życiowych, ale również zostały wymuszone przez zmieniające się przepisy prawa.

Towarzystwa w tym okresie wprowadzały na rynek głównie cieszące się dużą popularnością ubezpieczenia na życie z funduszem inwestycyjnym (później: kapitałowym), w mniejszym stopniu ubezpieczenia z pozostałych grup, które jednak modyfikowano.

Zdecydowana większość produktów przedstawionych w dalszej części rozdziału funkcjonowała na mocy owu z 2007 r.[171]

Amplico Life wprowadziło do swoich produktów wiele modyfikacji. W niektórych produktach zmieniono wiek ubezpieczającego (np. zrezygnowano z jakichkolwiek ograniczeń w ubezpieczeniu posagowym „Junior", w terminowym ubezpieczeniu na życie wydłużono ten wiek), w innych dano możliwość wyboru opłacania składki regularnie lub jednorazowo (np.: „Życie Plus", „Sukcesor Plus"). Jedno z ubez-

---

[170] T. Truskolaski, *Rola innowacji w ubezpieczeniach gospodarczych*, „Zeszyty Naukowe WSFiZ w Białymstoku" 1999, nr 1, s. 135; CU, owu (stan sprzed 1998 r.): Terminowe ub. na życie, Terminowe ub. na życie z prawem zamiany, Uniwersalne „Plus", Inwestycyjne „Bonus" ze składką regularną, Inwestycyjne „Bonus" ze składką jednorazową, „Młodzieżowa Polisa Przyszłościowa", Młodzieżowe ub. uniwersalne „Absolwent"; Opcje dodatkowe: Świadczenie z tytułu nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Świadczenie z tytułu ubezpieczenia składki ubezpieczeniowej, Świadczenie z tytułu śmierci dziecka, Świadczenie z tytułu rozszerzenia działania opcji śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku.

[171] W roku tym większość owu została zmieniona w związku z nowymi regulacjami w Kodeksie cywilnym.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

pieczeń posagowych mogło też być jednocześnie ubezpieczeniem emerytalnym („Superkapitał"). Ponadto stworzono możliwość udzielania pożyczki pod zastaw polisy (m.in. ubezpieczenie „Junior", „Życie Plus"), oprócz premii nadzwyczajnej proponowano indeksację składki („Junior"), tworzony był rachunek inwestycyjny indeksacji, na który mogły się składać nadwyżka składki inwestowana w fundusze lub/oraz kwoty wynikające z indeksacji (np.: „Senior Plus", „Życie Plus"). Do innych produktów proponowano dodatkową ochronę np. jednocześnie objęto ochroną ubezpieczającego i ubezpieczonego („Superkapitał S"), ubezpieczenie z UFK („Superkapitał Dodatkowa" i „Superkapital S Dodatkowa"). Wprowadzono także automatyczne kredytowanie składki, jeżeli nastąpiło zaprzestanie jej opłacania (m.in. „Senior Plus", „Sukcesor"), możliwość zamiany sumy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy („Senior Plus", „Życie Plus", terminowe ubezpieczenie na życie, „Sukcesor Plus", „Sukcesor") oraz opłacania składki w dowolnym momencie („Sukcesor Plus", „Sukcesor"). Przygotowano także nowe propozycje produktowe, tj.: ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym sprzedawane wraz z ubezpieczeniem od następstw NW („Amplico Inwestor"); ubezpieczenie emerytalne, w którym gwarantowana była suma ubezpieczenia i oprocentowanie rezerw w wysokości 3,5% („Premia+"), pakiet, w którego ramach wypłacano świadczenie w przypadku śmierci lub groźnej choroby, śmierci wskutek NW, natomiast w sytuacji całkowitego i trwałego inwalidztwa towarzystwo przejmowało opłacanie składek, a po zakończeniu okresu umowy wypłacano 25% wpłaconych składek („Ochrona Życia Plus"); ubezpieczenie zdrowotne: terminowe ubezpieczenie na życie lub na wypadek groźnej choroby („Program Superszansa") oraz ubezpieczenie gwarantujące uzyskanie świadczenia w takich sytuacjach, jak: pobyt w szpitalu, operacja, dodatkowo przed lub po hospitalizacji, przeprowadzenie tzw. telediagnozy (konsultacji w znanych światowych ośrodkach), oraz „assistance", tj. pokrycie kosztów dostarczenia leków, organizacji sprzętu rehabilitacyjnego, opieki pielęgniarskiej, fizjoterapeuty, psychologa („EkstraMed").

Amplico Life mogło poszczycić się szerokim wachlarzem umów dodatkowych. Wśród ubezpieczeń wypadkowych oferowane były: na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek NW („Asekuracja 2000+"), ubezpieczenia przeznaczone dla dziecka i ubezpieczającego, świadczenie wypłacane w przypadku śmierci i inwalidztwa ubezpieczającego wskutek NW oraz inwalidztwa ubezpieczonego („Opieka+"), ubezpieczenie szpitalne na wypadek następstw NW, operacyjne i rekon-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

walescencyjne („Pierwsza Pomoc+"), na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego („W Drodze"), na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa wskutek NW rodziny ubezpieczonego („Rodzina 2000+"), częściowe lub całkowite trwałe inwalidztwo (ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa NW), całkowite lub częściowe trwałe inwalidztwo NW ubezpieczonego, śmierć małżonka NW, całkowite lub częściowe trwałe inwalidztwo NW małżonka lub dziecka („Twoje Bezpieczne Jutro"), na wypadek śmierci wskutek NW („Twój Opiekun"). Ponadto przejęcie opłacania składek przez towarzystwo („Gwarancja" i „Gwarancja Junior"), dodatkowe terminowe ubezpieczenie na życie (z możliwością przekształcenia na umowę ubezpieczenia na życie i dożycie lub umowę ubezpieczenia dożywotniego) oraz na wypadek groźnej choroby („Zdrowie")[172].

Commercial Union także zmodyfikowało posiadane produkty oraz wprowadziło kilka nowych. Ubezpieczającym dano możliwość wpłacania tzw. składek lokacyjnych, które inwestowano w funduszach (ubezpieczenie posagowe „Absolwent") lub składek doraźnych z możliwością inwestowania w UFK wraz z możliwością tworzenia tzw. rachunków dedykowanych na konkretny cel („Nowa Perspektywa"). Wprowadzono także nowe fundusze, w których można było lokować składkę podstawową i dodatkowe („Młodzieżowa Polisa Przyszłościowa", ubezpieczenie „Uniwersalne Plus"). W ofercie znalazło się ponadto ubezpieczenie ochronno-inwestycyjne zawierane wspólnie z bli-

[172] AL, owu (stan na 2008 r.): Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy z ub. następstw NW, Ubezpieczeniowy pakiet medyczny, Umowa podstawowa indywidualne ub. na dożycie dla dziecka, Ubezpieczeniowy pakiet „Ochrona Życia i Zdrowia", Umowa podstawowa indywidualne ub. na dożycie, Umowa podstawowa indywidualne ub. dożywotnie, Umowa podstawowa indywidualne ub. na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Umowa podstawowa indywidualne ub. na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym typ „S", Umowa podstawowa indywidualne terminowe ub. na życie, Indywidualne terminowe ub. na życie w pakiecie wypadkowym, Umowa podstawowa indywidualne ub. na życie i dożycie, Indywidualne terminowe ub. na życie w pakiecie wypadkowym: Umowa dodatkowa; ub. na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa NW, Gwarancja opłacania składek na wypadek inwalidztwa, Gwarancja opłacania składek na wypadek śmierci lub inwalidztwa ubezpieczającego, ub. na wypadek trwałego inwalidztwa NW, ub. ubezpieczającego i dziecka na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa NW, ub. szpitalne na wypadek następstw NW, ub. małżonka i dzieci na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa NW, ub. na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ub. na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym typ „S", ub. na wypadek trwałego inwalidztwa oraz gwarancja opłacania składek na wypadek inwalidztwa NW, Terminowe ub. na życie, ub. na wypadek śmierci NW, ub. na wypadek trwałego inwalidztwa NW komunikacyjnego, ub. na wypadek groźnej choroby (2007 r.).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

ską osobą, które mogło stanowić zabezpieczenia kredytu lub pożyczki („Perspektywa"), a także obejmujące całą rodzinę wraz z szerokim zakresem umów dodatkowych („Nowa Perspektywa"). W niektórych produktach zmieniono wiek ubezpieczonego („Uniwersalne Plus", „Bonus" ze składką regularną), okres, po którym polisa uzyskiwała wartość odstąpienia i możliwość częściowej wypłaty wartości polisy (np. „Bonus" ze składką regularną). Wśród nowych produktów należy wymienić ubezpieczenie ze składką jednorazową i możliwością dopłacania składek oraz dokonywania częściowej wypłaty rachunku w każdym momencie („Bonus VIP"), ubezpieczenie z gwarantowaną wysokością świadczenia ubezpieczeniowego (ryzyko przejmowało towarzystwo), w wersji ze składką regularną i jednorazową („Radość Życia", „Pewna Przyszłość"), umowę, która mogła być zawarta na rzecz dwóch osób, a renty wypłacano dożywotnio z tzw. gwarantowanym okresem płatności (ubezpieczenie emerytalne „Gwarantowana Renta Kapitałowa").

W analizowanym okresie CU oferowało znacznie więcej opcji dodatkowych, których dokładne warunki były ustalane dla konkretnego produktu (różniły się np. wiekiem ubezpieczonego, sposobem ustalania świadczenia). Należy tutaj wymienić takie umowy jak: na wypadek niezdolności do pracy, ubezpieczenie składki, gwarantowane podwyższenie sumy ubezpieczenia (np. w perspektywie co cztery lata, maksymalnie o 30% niezależnie od indeksacji i bez badań lekarskich), terminowe ubezpieczenie na życie (stanowiące ochronę dla każdego członka rodziny) oraz na wypadek (wypłacane jako zwrot kosztów na poniesione leczenie), na zdrowie (na wypadek hospitalizacji, zwolnienia poszpitalnego, dalszego leczenia), poważne zachorowanie (ochroną można objąć małżonka i dzieci)[173].

---

[173] CU, owu (stan na 2008 r.): Młodzieżowe ub. uniwersalne „Absolwent", ub. „Gwarantowana Renta Kapitałowa", ub. „Młodzieżowa Polisa Przyszłościowa", ub. uniwersalne „Nowa Perspektywa", ub. inwestycyjne „Bonus" ze składką regularną, ub. inwestycyjne „Superbonus", ub. inwestycyjne „Bonus VIP", ub. uniwersalne „Plus", ub. uniwersalne „Perspektywa", ub. na całe życie „Pewna Przyszłość", ub. oszczędnościowe „Radość Życia", ub. terminowe na życie, ub. terminowe na życie z prawem zamiany; Umowa dodatkowa: ub. gwarantowanego podwyższenia sumy ubezpieczenia (do ub. kapitałowych oraz uniwersalnych), ub. w razie kalectwa wskutek NW (do ub. „Nowa Perspektywa"), ub. „Niezdolność do Pracy" (do ub. kapitałowych oraz „Nowa Perspektywa"), ub. ryzyka powstania niezdolności do pracy (do ub. uniwersalnych), ub. w razie poważnego zachorowania (do ub. „Nowa Perspektywa"), ub. ryzyka śmierci dziecka (do ub. uniwersalnych), ub. ryzyka śmierci lub kalectwa wskutek NW (do ub. uniwersalnych), ub. w razie śmierci wskutek NW (do ub. „Nowa Perspektywa"), ub. ryzyka śmierci wskutek NW (do ub. uniwersalnych), terminowe ub. na życie (do ub. „Nowa Perspektywa"),

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

W PZU Życie w 2007 r. wprowadzono nowy wachlarz produktów. Wśród ubezpieczeń posagowych oferowano produkt, który mogła zakupić na rzecz dziecka dowolna osoba dorosła („Uśmiech Dziecka"). Nowym produktem było ubezpieczenie na życie, w którego ramach w przypadku śmierci wypłacano tzw. aktualną sumę ubezpieczenia, obejmującą sumę ubezpieczenia, udział w zyskach oraz indeksację („Spokój Najbliższych"), oraz ubezpieczenie na życie i dożycie, w którym podobnie wyznaczano świadczenie, a wypłacano je zarówno w przypadku śmierci, jak i dożycia przez ubezpieczonego do określonego wieku („Twoje Marzenia"). W ramach innego produktu klientom zaproponowano także możliwość oszczędzania środków w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych. Ubezpieczenie to funkcjonowało w dwóch wariantach różniących się minimalną wysokością pierwszej wpłaty i wpłat kolejnych, które mogły być dokonywane w dowolnym momencie (Indywidualny program inwestycyjny „Strefa Zysku"). Ponadto powstał produkt z jednorazową składką lokowaną w funduszu inwestycyjnym, w którego ramach w dowolnym momencie można było dokonać całkowitej lub częściowej wypłaty wartości rachunku udziałów („Fundusz Gotówka").

Podobnie jak inne towarzystwa PZU Życie rozpoczęło sprzedaż ubezpieczenia na życie i zdrowie, z którego tytułu wypłacano świadczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego (suma ubezpieczenia) lub pokrywano koszty świadczeń zdrowotnych („Opieka Medyczna"). W swojej ofercie PZU Życie posiadało także typowe terminowe ubezpieczenie na życie („Pewnym Krokiem").

Towarzystwo dawało również możliwość dokupienia opcji dodatkowych, tj.: na wypadek operacji chirurgicznych, na wypadek groźnej choroby (do „Strefy Zdrowia", obejmowała 12 chorób podstawowych oraz 4 dodatkowe osobne dla kobiet i mężczyzn), na wypadek leczenia szpitalnego (do „Strefy Zdrowia"), w którym ubezpieczający miał do wyboru cztery warianty. Ponadto można było dokupić ubezpieczenie na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym (ze składką regularną lub jednorazową) oraz na wypadek złamania kości ubezpieczonego spowodowanej NW. Niewielkie

---

ub. składki (do ub. „Nowa Perspektywa" oraz uniwersalnych), ub. na wypadek (do ub. „Nowa Perspektywa"), ub. następstw nieszczęśliwych wypadków na wypadek (do ub. kapitałowych), ub. świadczenia szpitalnego na zdrowie (do ub. kapitałowych oraz do umów ubezpieczeń „Plus", „Perspektywa" i uniwersalnego), ub. na zdrowie (do ub. „Nowa Perspektywa") (2007 r.).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

modyfikacje wprowadzono do umów, które funkcjonowały od początku działalności firmy, tj. na wypadek śmierci spowodowanej NW, na wypadek trwałego inwalidztwa spowodowanego NW oraz na wypadek niezdolności do pracy (np. w odniesieniu do ostatniego podniesiono maksymalny wiek ubezpieczonego)[174].

Po 1997 r. do umów w każdym z towarzystw wprowadzono także kilka zmian o charakterze ogólnym. Na korzyść zmienił się czas, w jakim polisa uzyskiwała wartość wykupu. Przed 1998 r. w PZU Życie i AL polisy uzyskiwały wartość wykupu po trzech latach, jedynie w CU po dwóch. W nowych umowach zostało to bardziej zróżnicowane i dostosowane do danego produktu[175]. Osiągnięcie przez polisę wartości wykupu bezpośrednio wpływa na możliwość zawieszenia opłacania składki lub przekształcenia na ubezpieczenie bezskładkowe. Zatem zmianie uległy także te terminy. W nowych produktach większość składek i sum ubezpieczenia podlegało corocznej indeksacji, przed 1998 r. taką możliwość dawało jedynie towarzystwo CU. W odniesieniu do niektórych produktów klient zyskał większe możliwości ingerencji w polisę, np. mógł dokonywać zmiany sumy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy, zmieniać proporcję między częścią ochronną a inwestycyjną składki. Ponadto zwiększyła się liczba oferowanych UFK[176]. Towarzystwa dały także możliwość wpłacania składek dodatkowych, które

---

[174] PZU Życie, owu (stan na 2008 r.): Indywidualne ubezpieczenie „Fundusz Gotówka" (2005 i 2007), Indywidualne ub. na życie i zdrowie „Opieka Medyczna" (2005 i 2007), Indywidualne terminowe ub. na życie „Pewnym Krokiem", Indywidualne ub. na życie „Spokój Najbliższych", Indywidualne ub. na życie i dożycie „Twoje Marzenia", Indywidualne ub. na życie i dożycie ze składką płatną jednorazowo „Twoje Marzenia", Indywidualne ub. zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby „Uśmiech Dziecka", Indywidualne ub. rentowe „Uśmiech Dziecka – Renta", Indywidualne ub. zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby ze składką płatną jednorazowo „Uśmiech Dziecka", Indywidualny program inwestycyjny „Strefa Zysku"; dodatkowe indywidualne: ub. na wypadek ciężkiej choroby, ub. na wypadek leczenia szpitalnego, ub. na wypadek operacji chirurgicznych, ub. na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym, ub. przejęcia obowiązku opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, ub. na wypadek trwałego inwalidztwa ubezpieczonego spowodowanego NW (2007 r.); szerzej w: K. Stęplewska, *Rola innowacji w ofercie produktowej dla klientów indywidualnych – Towarzystw Ubezpieczeń na Życie na przykładzie PZU Życie*, w: *W kierunku gospodarki opartej na wiedzy: innowacyjność, konkurencyjność, współpraca w regionie*, red. J. Kot, Kielce 2006, s. 263.

[175] Ogólnie można przyjąć, że okres ten wynosi dwa lata, przy czym np. w „Perspektywie" i „Nowej Perspektywie" po trzech latach, a w „Bonusie" po roku.

[176] Przed 1998 r.: CU 4 fundusze, PZU Życie i AL po jednym. W 2007 r. w CU było 9, w AL – 11, a w PZU do 35.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

w większości produktów w całości były inwestowane. Wprowadzenie zmian wymogły również na towarzystwach znowelizowane przepisy Kodeksu cywilnego (np. dotyczące wygaśnięcia umowy w przypadku nieopłacenia składki)[177], a także ustawa o działalności ubezpieczeniowej (np. informowanie o kosztach i alokacji składki)[178].

Można również zauważyć spadek ceny ubezpieczeń głównie ze względu na rosnącą konkurencję, obniżenie kosztów, zwiększenie dochodów inwestycyjnych, jak również oferowanie tzw. ubezpieczeń niskokosztowych. Szukanie sposobów na obniżanie składek powoduje zastosowanie metod, które uprzywilejowałyby osoby o niższym ryzyku, np. niepalące lub te, które ze względu na stan zdrowia i styl życia wskazują mniejsze ryzyko śmierci[179].

Cechą nowoczesnych ubezpieczeń jest też szeroki zakres pokrycia ubezpieczeniowego. Tak więc poza umowami podstawowymi pojawiły się nowe ubezpieczenia dodatkowe, które coraz szerzej związane były z chorobą, pobytem w szpitalu czy operacją (co wynikało głównie z braku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych)[180].

Widoczne są zatem wyraźne zmiany w ofercie produktowej na korzyść klienta. Nie tylko więcej jest oferowanych produktów, lecz także również są to produkty bardziej elastyczne, dające klientowi możliwość bieżącego dostosowywania ich do potrzeb. Wprowadzenie tych zmian stało się konieczne ze względu na rosnącą konkurencję, zwiększającą się świadomość ubezpieczeniową klientów, jak również wprowadzane zmiany w przepisach.

1.3.3. Kanały dystrybucji ubezpieczeń życiowych

Kanał dystrybucji to sieć instytucji lub jednostek, które wykonują określone działania marketingowe w celu przekazania produktu ubezpieczeniowego od zakładu do klienta. Towarzystwo może korzystać z jednego bądź wielu kanałów dystrybucji[181].

W zależności od sytuacji i grupy docelowej należy wybrać odpowiedni kanał dystrybucji, tak aby zapewnić jak najbardziej efektywną

---

[177] Istotne zmiany wprowadzone m.in. w Kodeksie cywilnym zostały dokładnie omówione w pkt 1.2.1. pracy.

[178] Art. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

[179] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 139–140.

[180] E. Stroiński, *Tendencje zmian*, s. 7–8.

[181] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 225.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

nie tylko sprzedaż produktów, lecz także realizację wszystkich działań marketingowych. Na przykład inną sytuacją będzie wprowadzanie na rynek nowego produktu, a inną rozszerzanie rynku o nową grupę docelową[182].

W przypadku ubezpieczeń problem nie polega tylko na dotarciu do klienta, ale także na uświadomieniu mu potrzeby ubezpieczeniowej i wzbudzeniu w nim chęci jej zaspokojenia[183].

Dokonując wyboru sposobu dystrybucji, towarzystwa ubezpieczeniowe uwzględniają: atrybuty przedsiębiorstwa, oferowane usługi, cechy potencjalnych usługobiorców, otoczenie oraz konkurencję. Ponadto uwzględnia się cechy dystrybuowanego produktu, np. jego powiązania z innymi produktami. Zatem m.in. mogą być one sprzedawane przez kanały dystrybucji produktów, względem których ubezpieczenia są komplementarne (usługi turystyczne, bankowe). Zakłady ubezpieczeń, które mają wąski asortyment, często decydują się na jedną formę dystrybucji, np. przez Internet lub telefon. Podobnie postępują towarzystwa oferujące produkty jednorodnej grupie klientów (np. w towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych). Dystrybucja wielokanałowa stosowana jest przede wszystkim w firmach o szerokiej, zróżnicowanej ofercie produktowej adresowanej do różnych grup klientów[184].

Wybór odpowiedniego kanału może zależeć również od zasobów towarzystwa, np. personelu, zasobów technicznych, środków finansowych, celów towarzystwa, jego filozofii marketingowej, poprzednich doświadczeń. Nowe bądź małe towarzystwa o ograniczonych środkach finansowych mogą na początku swojej działalności korzystać z innych pośredników zamiast budować własną sieć (np. z usług firm brokerskich) lub z kanałów dystrybucji innych instytucji[185]. Obecnie do dystrybucji wykorzystywane są nowe kanały, tj.: instytucje finansowe (banki, agencje sprzedaży ratalnej), niefinansowe (poczta, biura podróży), Internet[186].

---

[182] *Ibidem*, s. 230.

[183] Por.: *Vademecum*, s. 129.

[184] A. Kufel-Siemińska, *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych w Polsce w latach 1998–2005*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2007, nr 1176, s. 209.

[185] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 232.

[186] Szerzej w: M. Kaczała, *Dystrybucja ubezpieczeń przez Internet – możliwości i zakres wykorzystania w Polsce*, „Prawo Asekuracyjne" 2005, nr 4, s. 37; J. Witkowska, *Kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych*, Toruń 2008, s. 23.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Ostatnio dzięki coraz silniejszemu powiązaniu sektorów bankowego i ubezpieczeniowego (tzw. bancassurance) większego znaczenia zaczyna nabierać sprzedaż ubezpieczeń za pośrednictwem banku[187].

W Polsce towarzystwa ubezpieczeniowe sprzedają produkty zarówno w sposób bezpośredni, tj. przez swoje biura, jak i korzystając z pośrednictwa ubezpieczeniowego (pracownicy, którzy pozostają z zakładem w stosunku pracy, nie są pośrednikami ubezpieczeniowymi wg ustawy)[188]. Zgodnie z obecnie obowiązującym prawem pośrednictwo ubezpieczeniowe może być wykonywane wyłącznie przez agentów ubezpieczeniowych lub brokerów ubezpieczeniowych. W indywidualnych ubezpieczeniach na życie większą rolę odgrywają agenci i multiagenci, z usług brokera częściej korzysta się przy zawieraniu umów grupowych.

Działalność pośrednika wiąże się z ciągłym wchodzeniem w kontakty interpersonalne, zarówno z przedstawicielami strony popytowej, jak i podażowej. Kontakty te pozwalają zdobywać i przekazywać informacje w dwóch kierunkach: od zakładu ubezpieczeń (usługodawcy) do ubezpieczającego (nabywcy) i ubezpieczonego (usługobiorcy), i w przeciwnym. Przekazywanie informacji od zakładu ubezpieczeń ma przede wszystkim na celu pozyskanie konsumenta/nabywcy poprzez prezentację aktualnej oferty ubezpieczyciela i jego pozycji na rynku. Ponadto usytuowanie pośrednika pomiędzy stroną popytową a podażową pozwala potencjalnym klientom lepiej się orientować w mechanizmach rynku ubezpieczeniowego i jego bieżącej sytuacji, co z kolei przyczynia się do upowszechnienia ubezpieczeń i podnoszenia świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa. Pośrednik ubezpieczeniowy jest także nieocenionym źródłem informacji o popytowej stronie rynku, co pozwala na dostosowanie oferty do potrzeb nabywców. Należy jednak pamiętać, że ze względu na odmienny charakter pracy agenta i brokera do klienta mogą docierać zróżnicowane informacje[189].

---

[187] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 380. Można tutaj wymienić współpracę CU z Deutsche Bank PBC, PZU Życie z Bankiem Millenium i PKO BP, AL z Raiffeisen Bankiem oraz AIG Bankiem; www.deutsche-bank-pbc.pl [dostęp: 5 lutego 2007], www.pkobp.pl [dostęp: 5 lutego 2007], www.aigbank.pl [dostęp: 5 lutego 2008]. Więcej w: J. Wilczyńska, *Nationwide przed PZU Życie*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 2005, z 8 listopada; *eadem*, *Najlepsze Aegon i PZU Życie*, *ibidem* 2006, z 23 maja.

[188] A. Tadla, *Umowa ubezpieczenia*, s. 36.

[189] A. Kufel-Siemińska, *Role pośredników ubezpieczeniowych jako uczestników rynku ubezpieczeniowego*, w: *Studia ubezpieczeniowe*, red. T. Sangowski, Poznań 1998, s. 207, 210.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Do podstawowych korzyści z istnienia pośredników dla klienta należy zaliczyć: oszczędność czasu (skrócenie drogi do zakładu), specjalistyczne porady odnośnie do wyboru produktu, pomoc w zarządzaniu ryzykiem, zgłaszaniu roszczeń, przy bieżącej obsłudze polisy. Z kolei dla zakładu będzie to ułatwienie w dotarciu do klienta i w zawieraniu umów[190].

Pośrednicy uzyskują dochód w przypadku sprzedaży produktu. Na tym gruncie rodzą się pytania natury etycznej. Przede wszystkim dotyczą one doboru odpowiedniego produktu do potrzeb klienta. Pośrednik, nie kierując się wysokością prowizji, ale podejmując kroki w celu odpowiedniego rozpoznania sytuacji klienta, powinien mu doradzić najlepszy dla niego produkt. Brak takich działań, a wręcz dążenie do maksymalizacji liczby uzyskanych klientów, a nie jakości i rzetelności sprzedaży, powoduje, że w krótkim czasie ubezpieczający rezygnuje z polisy, tracąc tym samym nie tylko wpłacone środki, lecz także zaufanie do agenta, towarzystwa ubezpieczeniowego i nabiera dystansu do całego rynku ubezpieczeniowego. Zatem jednym z najważniejszych elementów jest budowanie długoterminowych stosunków współpracy pomiędzy towarzystwem a klientami, co w przyszłości zapewni rosnący dochód, zarówno pośrednikowi, jak i zakładowi ubezpieczeń[191].

Na polskim rynku głównym kanałem dystrybucji są przede wszystkim agenci i brokerzy, którzy realizują 90% wartości sprzedaży ubezpieczeń. Sukces firmy będzie więc w dużej mierze zależał od sprawności działania systemu agencyjnego. Osoby tworzące go mogą zbudować bardzo dobre relacje pomiędzy firmą a klientem lub je zniszczyć[192]. Relacja między klientem a agentem jest zazwyczaj znacznie silniejsza niż między klientem a towarzystwem ubezpieczeniowym. Dlatego też istotne będą cechy i zachowanie agentów oraz pracowników firmy. Ich kontakt z klientami, na każdym etapie obsługi ubezpieczenia, zadecyduje o tym, jak zakład będzie oceniany przez klienta[193].

Należy zauważyć, że pośrednik ubezpieczeniowy staje się powoli zawodem zaufania publicznego. Przepisy ustawy z 2003 r. (z późniejszymi zmianami) stawiają przed agentem określone wymagania: musi odbyć szkolenia i zdać egzamin, zobowiązany jest do systematycznego odbywania kolejnych szkoleń, informowania, czy działa na rzecz

---

[190] *Vademecum*, s. 131.

[191] E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie*, s. 382.

[192] *Ubezpieczenia gospodarcze*, s. 4.

[193] H. Mruk, *Proces sprzedaży ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, s. 316.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

jednego czy większej liczby zakładów, zachowania tajemnicy o informacjach, jakie otrzymuje od klienta. Nowoczesny broker z kolei staje się partnerem swojego klienta w całościowej obsłudze ryzyka, mając do dyspozycji wszystkie produkty oferowane na rynku. Pośrednicy powinni posiadać rozległą wiedzę o produktach i rynku. Świadomość ubezpieczeniowa klientów wzrasta, a co za tym idzie rosną oczekiwania dotyczące rzetelności i pełności przekazywanych informacji przez pośredników[194].

Tabela 1.6. Kanały dystrybucji ubezpieczeń indywidualnych w 2006 roku

Wyszczególnienie	Ubezpieczenia indywidualne		
	wartość składki przypisanej brutto		liczba podmiotów pośredniczących w zawieraniu umów ubezpieczenia
	w tys. zł	w proc.	
Sprzedaż bezpośrednia	**511 884**	**5**	–
przez pracowników	511 838		
przez Internet	47		
przez telefon	–		
Agenci ubezpieczeniowi	**10 238 469**	**93**	**32 163**
osoby fizyczne	4 331 456		30 391
osoby prawne	5 871 544		1 613
banki	3 290 542		35
spółdzielcze kasy oszczędnościowo-kredytowe	22 324		43
pozostałe osoby prawne	2 558 678		1 535
podmioty bez osobowości prawnej	35 469		159
Brokerzy ubezpieczeniowi i reasekuracyjni	**148 772**	**1**	**1 225**
osoby fizyczne	115 141		685
osoby prawne	33 631		540
Inne kanały dystrybucji	**117 263**	**1**	–
Razem	**11 016 388**	**100**	**33 388**

Źródło: Biuletyn roczny KNF 2006.

[194] A. Arwanti, *Pośrednik – zawód zaufania społecznego*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 2003, nr 17, s. 3.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Usługi ubezpieczeniowe w Polsce w 2006 r. sprzedawane były głównie przez pośrednie kanały (66% w 2005 r.), gdzie największy udział (85%) mieli agenci ubezpieczeniowi. Kanały agencyjne odgrywały dominującą rolę w sprzedaży indywidualnych ubezpieczeń na życie (ponad 93%). W ubezpieczeniach tych można także zaobserwować duży wzrost znaczenia banków w dystrybucji (wzrost sprzedaży ubezpieczeń indywidualnych przez banki z 0,8% w 2002 r. do 22,6% w 2005 r.). Brokerzy ubezpieczeniowi są szczególnie widoczni w sprzedaży ubezpieczeń Działu II[195].

Kanały dystrybucji, z których korzystały towarzystwa w 2006 r. przy sprzedaży polis indywidualnych, przedstawia tabela 1.6.

Pomimo pojawiających się nowych kanałów dystrybucji – w sprzedaży ubezpieczeń indywidualnych dominują agenci ubezpieczeniowi. Biorąc pod uwagę znaczenie tego pośrednika w bezpośrednich kontaktach z klientem, należy przypuszczać, że ta sytuacja nie ulegnie zmianie w ciągu najbliższych lat.

[195] A. Kufel-Siemińska, *Dystrybucja usług*, s. 211 (dane liczbowe pochodzą z organu nadzoru ubezpieczeniowego).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

CHARAKTERYSTYKA ZACHOWAŃ RYNKOWYCH KLIENTÓW NA RYNKU UBEZPIECZENIOWYM

2.1. Potrzeby jako podstawa zachowań klientów

2.1.1. Zachowanie konsumentów na rynku – ujęcie teoretyczne

Zachowanie konsumenta jest ważnym zagadnieniem z kilku różnych względów. Z perspektywy marketingu badanie zachowania konsumenta jest istotne, ponieważ pomaga prognozować i zrozumieć popyt na produkty oraz upodobanie konsumentów do marek. Biorąc pod uwagę politykę wobec konsumenta – jest ono istotne, ponieważ pozwala informować konsumenta o dostępnych możliwościach wyboru i unikać wprowadzania go w błąd. Zachowanie konsumenta jest także bardzo ważne z punktu widzenia samego konsumenta. Poznanie i zrozumienie tego postępowania pozwala mu optymalnie wydać zarobione środki. Konsument i jego zachowanie jest także niezwykle ważne i interesujące z punktu widzenia naukowego. Badania dotyczące tej dziedziny pozwalają sprawdzić teorie ekonomiczne, poznawcze, ekonomiczno-psychologiczne oraz społeczno-psychologiczne[1].

Znaczenie zrozumienia zachowania konsumenta rośnie wraz z poziomem zamożności społeczeństwa, a tym samym ze wzrostem roli konsumenta na rynku oraz zwiększaniem się stopnia jego aktywności społecznej. W ubogich społeczeństwach zachowanie konsumenta jest w znacznym stopniu wymuszone i mało elastyczne. Dopiero wzrost funduszy nabywczych powoduje wzrost zakresu decyzyjnego konsumenta[2].

---

[1] G. Antonides, W.F. van Raaij, *Zachowanie konsumenta*, Warszawa 2003, s. 21.

[2] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta a współczesny marketing*, Łódź 1994, s. 7.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Pojęcie **konsumenta** jest stosunkowo młode, liczy zaledwie jeden wiek[3]. Zgodnie z Kodeksem cywilnym „za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową" (art. 22 k.c.). S. Gajewski określił konsumenta jako „jednostkę spożywającą dobra i usługi, nabywającą je i decydującą o ich kupnie i zastosowaniu"[4].

W naukach ekonomicznych pojęcie konsumenta nie jest jednoznaczne i często stosowane zamiennie z takimi pojęciami jak klient, nabywca, użytkownik. Jednak ich zakresy znaczeniowe są różne. Najszerszym i najbardziej uniwersalnym pojęciem jest **klient**, ponieważ każdy podmiot ekonomiczny, który może być potencjalnie zainteresowany dobrem lub usługą, może być zaliczony do grupy klientów, konsument natomiast odczuwa i zaspokaja potrzeby konsumpcyjne[5]. Nabywca to osoba, która faktycznie kupuje dobra i usługi, ale nie musi być jego jedynym użytkownikiem i nie musi uczestniczyć w podejmowaniu decyzji zakupu. Natomiast użytkownik to podmiot, który wykorzystuje wartości produktu niezależnie od jego pochodzenia[6].

Wiele lat badań i rozważań teoretycznych przyczyniło się do powstania licznych torii i modeli wyjaśniających przyczyny określonych zachowań konsumenta.

Badanie zachowania konsumenta ma na celu znalezienie odpowiedzi na dwa pytania: jak się zachowuje konsument i dlaczego tak się zachowuje. Odpowiedź na pierwsze pytanie jest łatwiejsza, ponieważ odnosi się do zewnętrznych aspektów zachowania. Więcej trudności pojawia się przy szukaniu odpowiedzi na drugie pytanie. Należy bowiem uwzględnić różne punkty odniesienia i płaszczyzny rozważań. Udzielenie tutaj odpowiedzi będzie się opierało na różnych dyscyplinach naukowych, tj. psychologii, socjologii, antropologii kulturowej, ekonomii[7].

Zachowanie (**zachowanie się**, psychol.) „w szerokim znaczeniu oznacza każdą reakcję na bodźce otoczenia lub ogół reakcji i ustosunkowań organizmu żywego do środowiska; w węższym znaczeniu

---

[3] G. Antonides, W.F. van Raaij, *Zachowanie*, s. 21.

[4] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 9; por.: *Słownik języka polskiego*, red. M. Szymczak, Warszawa 1993; G. Antonides, W.F. van Raaij, *Zachowanie*, s. 23.

[5] Szerzej w: S. Smyczek, I. Sowa, *Konsument na rynku. Zachowania, modele, aplikacje*, Warszawa 2005, s. 25, 27; A. Skrzypek, *Satysfakcja i lojalność klienta w konkurencyjnym otoczeniu*, „Problemy Jakości" 2007, nr 7, s. 4.

[6] S. Smyczek, I. Sowa, *Konsument na rynku*, s. 26.

[7] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 10.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

– reakcję lub ogół reakcji złożonych i celowych składających się na czynności i działania”[8]. **Zachowanie człowieka** ma cechy zachowania celowego, zatem jest ono ukierunkowane na osiągnięcie określonego celu końcowego. Jest uzależnione od doświadczeń z przeszłości, przewidywań przyszłości i przypadkowych bodźców[9].

Bardzo istotną formą zachowań są **zachowania konsumpcyjne**, które skierowane są na bezpośrednie zaspokajanie potrzeb konsumpcyjnych, czyli na wykorzystywanie środków konsumpcji. Zachowania konsumpcyjne są jedną z dwóch sfer ekonomicznej aktywności ludzi – sfery konsumpcji, natomiast środki konsumpcji są efektem drugiej sfery aktywności – sfery pracy[10]. Z kolei **zachowania konsumenckie** można zdefiniować jako „działania bezpośrednio związane z wybieraniem, uzyskiwaniem, używaniem i pozbywaniem się wyrobów, usług oraz idei zaspokajających potrzeby i pragnienia, włącznie z procesami decyzyjnymi poprzedzającymi te działania i następującymi po nich”. **Zachowania ekonomiczne** uważane są za „tę część rzeczywistości społecznej, która dotyczy nabywania dóbr, zarządzania nimi i ich dystrybucji, zatem zachowaniem ekonomicznym są: praca i wydawanie pieniędzy, udzielanie i zaciąganie pożyczek, inwestowanie i oszczędzanie”[11].

Różnorodność ujęć powyższego problemu znajduje odzwierciedlenie w wielu różnych definicjach zachowania konsumenta.

Większość autorów[12] definiuje zachowanie konsumenta jako ogół działań związanych z pozyskaniem środków zaspokojenia potrzeb wraz z procesem decyzyjnym poprzedzającym i determinującym te działania oraz użytkowanie/konsumpcję danego dobra. Etap podjęcia decyzji w szerszy sposób opisali H. Fabiunke, H. Fischer, J. Jager oraz W. Kopert, uważając, że zachowanie konsumenta „wynika z indywidualnego odczuwania potrzeb przez konsumenta i obejmuje całokształt

---

[8] http://encyklopedia.pwn.pl [dostęp: 2 lipca 2008]; por. K. Olechnicki, P. Załęcki, *Słownik socjologiczny*, Toruń 1997, s. 254.

[9] S. Smyczek, *Modele rynkowych zachowań konsumentów*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, red. E. Kieżel, Katowice 2000, s. 77.

[10] L. Rudnicki, *Zachowania rynkowe nabywców. Mechanizmy i uwarunkowania*, Kraków 2004, s. 21.

[11] *Encyklopedia Blackwella: Psychologia społeczna*, red. A.S.R. Manstead, M. Hewstone, Warszawa 1995, 1996.

[12] M.in.: J.F. Engel, R.D. Blackwell, P.W. Miliard, F. Hansen, L.G. Schiffmana i L.L Kanuka, J. Szczepański, S. Gajewski; szerzej w: L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 21, S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 7.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

obiektywnie i subiektywnie określanych, racjonalnych i emocjonalnych, świadomych i nieświadomych posunięć w trakcie przygotowań do podjęcia decyzji na rynku dóbr konsumpcyjnych oraz w czasie konsumpcji". Z kolei M. Pohorille uwzględnił w swojej definicji hierarchizację potrzeb[13], a E. Kieżel dodała, że zaspokojenie potrzeb odbywa się w określonych warunkach społecznych, kulturowych i ekonomicznych[14]. Powyższe definicje wskazują, że zachowanie konsumenta obejmuje ogół działań mających doprowadzić do pozyskania środków konsumpcji, a także ich wykorzystania dla zaspokojenia potrzeb i oceny trafności podjętych decyzji. Na zachowania składają się zarówno odczuwanie potrzeb, jak i sposób zdobywania środków konsumpcji, ich wybór i wykorzystanie[15].

Zachowania konsumentów są kategorią abstrakcyjną, trudną do identyfikacji, są efektem reakcji podmiotów na uwarunkowania psychologiczne, społeczne i ekonomiczne[16].

Na zachowanie konsumenta składa się: nabywanie, posiadanie oraz użytkowanie środków zaspokajania potrzeb. Nabywanie poprzedzone jest wyborem danego produktu według określonych kryteriów, np. ekonomicznych (cena w zestawieniu z dochodami), społecznych (wzory nabywania). Nabywanie sprawia, że konsument staje się elementem rynku, determinującym jego wzrost gospodarczy. Posiadanie warunkuje możliwości zaspokajania potrzeb, jest celem, a zarazem sensem działalności gospodarczej. Użytkowanie (zużywanie środków, niszczenie) stanowi zasadniczą treść konsumpcji, zapewnia ciągłość rozwoju gospodarczego[17].

Ponieważ istotą zachowania konsumenta jest nabywanie i użytkowanie dóbr i usług, zazwyczaj w literaturze pojęcie **zachowania konsumenta** utożsamia się z pojęciem **zachowania nabywcy**[18]. Podobnie na rynku usług finansowych, a tym samym ubezpieczeniowym, można wyróżnić zachowania konsumenta i zachowania nabywcy. Konsument nie musi korzystać z usług osobiście nabytych, a nabywca nie zawsze musi być konsumentem zakupionych produktów finansowych[19]. Ina-

---

[13] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 21.

[14] E. Kieżel, *Zachowania konsumpcyjne konsumentów i gospodarstw domowych*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, s. 58.

[15] S. Smyczek, I. Sowa, *Konsument na rynku*, s. 62.

[16] *Ibidem*, s. 63.

[17] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 22.

[18] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 9.

[19] S. Smyczek, *Modele zachowań konsumentów na rynku usług finansowych*, Katowice 2007, s. 34.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

czej też będą się zachowywały poszczególne osoby w zależności od ról, jakie będą odgrywać w procesie kupowania. Zatem np. ubezpieczający, będący jednocześnie ubezpieczonym i beneficjentem, zapewne nie będzie się kierował tymi samymi względami co osoba pełniąca jedynie funkcję ubezpieczającego[20]. Jednakże w przypadku tego rynku te funkcje są najczęściej skupione w jednej osobie[21].

Pierwsze teorie dotyczące zachowań konsumentów (zwane teoriami klasycznymi) zakładały, że człowiek kieruje się w swoim działaniu przesłankami ekonomicznymi i posiada całkowitą wiedzę pozwalającą mu uzyskać pełną satysfakcję[22]. Jednak przeprowadzone później przez psychologów badania eksperymentalne pokazały, że zachowanie konsumenta odbiega od wzorca racjonalności. Ponadto kalkulacja ekonomiczna jest właściwa dla społeczeństw o niskim poziomie zamożności. Wzrost jego poziomu powoduje, że na zachowania konsumenta w większym stopniu zaczynają wpływać czynniki psychologiczne, wykraczające poza ramy wąsko rozumianej motywacji ekonomicznej[23]. Na tej podstawie zaczęły powstawać nowe teorie, w których uwzględniono czynniki o charakterze psychicznym (m.in. zmodyfikowane teorie konwencjonalne, wśród nich teoria G. Katony)[24].

Rozwój teorii zachowań prowadzi do powstania założeń coraz bardziej adekwatnych do aktualnych zamian zachodzących na rynku. Powstają modele postępowania nabywcy mające na celu sformalizowanie

---

[20] Na podstawie: J. Bon, B. Pras, *Rozdział ról nabywcy, płacącego i konsumenta*, w: *Zachowanie konsumenta. Koncepcje i badania europejskie*, red. M. Lambkin i in., Warszawa 2001, s. 151.

[21] Ustawa o działalności ubezpieczeniowej nie wprowadza słów „klient", „konsument" czy „nabywca", ale stosuje takie pojęcia jak „ubezpieczony", „ubezpieczający", „uposażony". Z punktu widzenia towarzystwa ubezpieczeniowego, każdy z wymienionych podmiotów będzie dla niej klientem, chociaż w różnym zakresie. Ubezpieczony może być konsumentem (np. w ubezpieczeniu na życie z funduszem kapitałowym), ale w typowym ubezpieczeniu na życie nie będzie ani nabywcą, ani konsumentem. Ubezpieczającego należy traktować jako nabywcę, a uposażonego jako konsumenta. Jednak na naszym rodzimym rynku przeważają polisy, w których ubezpieczający i ubezpieczony to ta sama osoba, a „konsumować" polisę, w zależności od rodzaju ubezpieczenia i zdarzenia ubezpieczeniowego, może ubezpieczony lub uposażony. W związku ze ścisłym powiązaniem i wzajemnym przenikaniem się tych pojęć w odniesieniu do ubezpieczeń w niniejszej pracy nie wprowadzono zasadniczego rozróżnienia między klientem a konsumentem jako podmiotami występującymi na rynku.

[22] M.in. teorie mikroekonomiczne, teoria użyteczności; szerzej w: S. Smyczek, I. Sowa, *Konsument na rynku*, s. 59, L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 24, 26.

[23] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 31–33.

[24] Szerzej w: S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 15.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

ekonomicznych, socjokulturalnych i psychologicznych wpływów, oddziałujących na decyzje nabywcze[25].

Teoria zachowań konsumentów podlega ciągłym zmianom i jest wzbogacana o nowe odkrycia związane z postępowaniem konsumenta, które pozwalają lepiej go poznać i zrozumieć jego zachowania. Bardziej współczesne koncepcje zachowań konsumentów (m.in. T.S. Robertsona, B. Duboisa, G.R. Foxalla) przyznają, że konsumenci nie zawsze przestrzegają zasad racjonalności, jednocześnie zaznaczając, że konsument nie zachowuje się w sposób przypadkowy, a jego zachowania nie da się właściwie opisać za pomocą modeli stochastycznych. Zachowanie to wypływa z nabytych i wrodzonych potrzeb i opiera się na złożonym połączeniu procesów świadomych i nieświadomych, a także czynników emocjonalnych[26].

Prawidłowościami w konsumpcji zajmował się również E. Engel, który sformułował dwa prawa obrazujące zależności między dochodami a wydatkami. W odniesieniu do ubezpieczeń życiowych, uważanych za dobra luksusowe szczególnie istotne, jest drugie prawo Engela. Mówi ono, że wydatki na zakup dóbr luksusowych oraz oszczędności występują tylko przy wysokim dochodzie, przekraczającym poziom zaspokojenia potrzeb podstawowych. O normalnym poziomie życia można mówić, gdy racjonalne koszty fizycznej konsumpcji nie przekraczają 80% dochodu, a resztę stanowi dochód wolny, tzw. fundusz swobodnej decyzji[27].

Wśród jednych z najważniejszych aspektów zachowań konsumentów należy wymienić **zachowania finansowe**. Wskutek ograniczeń finansowych konsumenci są zmuszenia do wielu analiz ekonomicznych i dokonywania wyborów dotyczących oszczędzania i konsumpcji. Zachowania finansowe obejmują takie działania jak: zarządzanie budżetem, oszczędzanie, pożyczanie, inwestowanie, ubezpieczanie, wypełnianie formularzy podatkowych i płacenie podatków, dodatkowe zarobki, gry hazardowe, spekulacje i zarządzanie majątkiem[28].

Zachowanie jednostki na rynku usług ubezpieczeniowych będzie obejmowało wyłącznie decyzje związane z korzystaniem z usług oferowanych przez firmy ubezpieczeniowe. Jednostka jest na rynku konsumentem tylko wówczas, kiedy korzystając z usług ubezpieczeniowych, ma na celu zaspokojenie potrzeb konsumpcyjnych, np. zakup polisy.

---

[25] *Ibidem*, s. 20.
[26] S. Smyczek, I. Sowa, *Konsument na rynku*, s. 62.
[27] Szerzej w: G. Światowy, *Zachowania konsumentów*, Warszawa 2006, s. 159.
[28] G. Antonides, W.F. van Raaij, *Zachowanie*, s. 439.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Natomiast, gdy działania mają charakter zarobkowy, np. zakup jednostek uczestnictwa w funduszach, należy je uznać za zachowania produkcyjne, a nie konsumpcyjne[29].

Najważniejszym elementem zachowania człowieka jest podejmowanie mniej lub bardziej ważnych decyzji. Decyzje te są podejmowane w warunkach ryzyka, tzn. że nie można przewidzieć z całą pewnością, czy zostanie zrealizowany zamierzony tą decyzją cel.

Ryzyko jest tutaj definiowane jako niepewność, kiedy konsument nie może przewidzieć konsekwencji jego decyzji o zakupie. Postrzegany przez konsumenta stopień ryzyka będzie kształtował jego zachowania na rynku. Jednak na te decyzje będzie wpływało tylko to ryzyko, które jest dostrzegane przez konsumenta. Ryzyko, którego klient nie zauważa, choćby bardzo duże i realne, nie wpłynie na jego zachowanie[30].

Zachowanie się jednostki, która dokonuje wyboru, zależy od złożoności decyzji, stopnia dynamiki (zmienności), stopnia niepewności decyzji.

Decyzja często określana jest jako rozstrzygnięcie lub postanowienie, związana jest z dokonywaniem wyboru. Decyzja zatem to wybór spośród dostępnych alternatyw lub wariantów[31].

Decyzje podejmowane na rynku usług finansowych są bardziej złożone niż na innych rynkach. Wynika to przede wszystkim z samej specyfiki potrzeb finansowych oraz rodzaju usług oferowanych na tym rynku, które mają charakter niematerialny. Ponadto proces świadczenia usługi wydłuża czas trwania relacji między konsumentem a instytucją finansową. Wymaga to od konsumenta większej wiedzy finansowej i rynkowej oraz większego zaangażowania w proces podejmowania decyzji[32].

Decyzje można sklasyfikować, biorąc pod uwagę czas potrzebny na ich podjęcie. Wyróżnia się wówczas decyzje: **rozważne**, **nierutynowe**, **nawykowe** i **impulsywne**. Najwięcej czasu konsument przeznacza na podjęcie decyzji rozważnych, kiedy bierze pod uwagę różne sposoby zaspokojenia potrzeby, najczęściej w odniesieniu do dóbr trwałego użytku, towarów i usług o charakterze luksusowym lub nowych towa-

---

[29] Na podstawie: S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 32.

[30] S. Smyczek, *Modele rynkowych zachowań*, s. 77, 80; oraz *idem*, *Lojalność konsumentów na rynku*, Katowice 2001, s. 18.

[31] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 129, 130; por.: L. Żabiński, *System decyzyjny w gospodarce*, w: *Badania rynkowe i marketingowe*, red. J. Kramer, Warszawa 1994, s. 75.

[32] S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 65.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

rów i usług. W dwóch następnych rodzajach czas poświęcony na podjęcie decyzji skraca się i ryzyko staje się coraz mniejsze. Szczególnym rodzajem decyzji są decyzje impulsywne, podejmowane najczęściej pod wpływem impulsu z zewnątrz, a nie faktycznej potrzeby[33].

Decyzje można również podzielić na standardowe (powtarzające się) i podstawowe (podejmowane stosunkowo rzadko); planowane i nieplanowane (spontaniczne)[34]. Biorąc pod uwagę przedstawione podziały, decyzję dotyczącą wyboru produktu ubezpieczeniowego należy zaliczyć do podstawowych, rozważnych i planowanych.

Powstało wiele modeli przedstawiających zachowanie konsumenta i proces decyzyjny. **Model zachowań konsumentów** należy rozumieć jako uproszczony schemat odzwierciedlający rzeczywiste ich zachowania, obejmujący „wybrane, istotne zmienne, które ujawniają się we wzajemnych zależnościach i teoretycznie wyjaśniają dochodzenie do skutku określonych zachowań"[35].

Jednym z pierwszych i jednocześnie najbardziej znanym modelem jest **model Howarda-Shetha**. Jest on próbą odzwierciedlenia całościowego procesu podejmowania decyzji zakupu towarów. Model ten zakłada, że konsument zachowuje się w sposób racjonalny, a proces decyzyjny jest wynikiem bodźców płynących z zewnątrz. Kryteria wyboru pozwalają konsumentowi stworzyć hierarchię motywów i marek produktu z punktu widzenia ich możliwości do redukcji motywów. W ostatnim etapie klient opiera się na własnych doświadczeniach i zdobytych informacjach. Jeżeli odczucia są pozytywne, prowadzi to do powstania intencji zakupu i wreszcie samego zakupu[36].

Nieco innym modelem, ale istotnym ze względu na problematykę pracy, jest **model podejmowania decyzji w rodzinie** opracowany przez **J.N. Shetha**. Model ten obejmuje elementy decyzji zakupu przez indywidualnego konsumenta oraz oddziaływania pomiędzy członkami rodziny[37]. Decyzje w rodzinie mogą być podejmowane autonomicznie

---

[33] S. Smyczek, *Lojalność*, s. 22.

[34] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 37.

[35] S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 68.

[36] Punktem wyjścia procesu jest bodziec, którego percepcja jest warunkiem powstania odpowiedniej postawy wobec produktu. Procedura ta dotyczy zakupu nowego produktu, przy powtórnym zakupie procedura ta ulega uproszczeniu. Szerzej o modelu Howarda-Shetha w: L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 72.

[37] Na model ten składają się następujące podsystemy: poszczególni członkowie rodziny i ich indywidualne predyspozycje kształtowane przez motywy zakupu i systemy ocen, determinanty zewnętrzne i wewnętrzne motywów zakupu i systemów ocen, determinan-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

przez jednego jej członka (dotyczą przedmiotów indywidualnej konsumpcji) lub wspólnie, gdy o zakupie decyduje kilku członków rodziny bądź wszyscy. Na sposób podejmowania decyzji będą wpływały cechy rodziny (faza cyklu życia rodziny, przynależność do grupy społecznej, styl życia, podział ról w rodzinie) oraz cechy zakupu (znaczenie zakupu dla całej rodziny, presja czasu). Proces podejmowania decyzji wspólnych jest o wiele bardziej skomplikowany niż proces podejmowania decyzji autonomicznych, ze względu na możliwość wystąpienia tutaj konfliktów między członkami rodziny. Model ten pozwala wyjaśnić procesy zachodzące w rodzinie i ich wpływ na podejmowanie decyzji zakupu[38].

W przypadku ubezpieczeń na życie należy założyć, że decyzje w większości przypadków są podejmowane wspólnie przez członków rodziny ze względu na długotrwałe obciążenie gospodarstwa domowego wydatkami na polisę.

Pomimo stworzenia wielu teorii, postępowanie i decyzje konsumentów ciągle są trudne do wyjaśnienia i sprecyzowania.

W literaturze, jak dotąd, istnieje luka dotycząca teoretycznych i empirycznych rozpoznań opisujących proces podejmowania decyzji przez konsumenta rynku usług finansowych.

Próbę zbudowania modelu uwzględniającego specyfikę usług finansowych podjął S. Smyczek, biorąc w nim pod uwagę także cechy charakterystyczne dla rynku ubezpieczeniowego. Proces rozpoczyna się odczuciem potrzeby finansowej, która jest stymulowana przez zewnętrzne i wewnętrzne determinanty oraz czynniki motywujące. W dalszej kolejności następuje poszukiwanie i ocena możliwości zaspokojenia potrzeby, gdzie na podstawie źródeł informacji kształtuje się zbiór możliwości wyboru. Następnie klient dokonuje zakupu i/lub konsumpcji, a kolejny etap to ocena po zakupie. Dany produkt oceniany jest zarówno w trakcie konsumpcji, jak i po jego zakupie. Sprzężenie zwrotne oparte na dokonanych ocenach wpływa na przyszłe zachowania konsumenta. Zadowolony klient będzie kontynuował współpracę, a w przypadku niezadowolenia – dążył bądź do redukcji dysonansu, bądź do przerwania i zakończenia relacji, co z kolei przełoży się na przekazanie negatywnych opinii o danej firmie[39].

---

ty autonomicznych i wspólnych decyzji zakupu, proces podejmowania decyzji wspólnych (rozwiązywanie konfliktów między członkami rodziny). L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 80.

[38] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 80–81.

[39] S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 59, 62.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Ostatni wymieniony etap uważany jest za jeden z najważniejszych, zwłaszcza w odniesieniu do ubezpieczeń życiowych. Konsument ocenia wówczas sam produkt, jego walory użytkowe, obsługę w trakcie i po sprzedaży. Od tej oceny zależy, czy konsument będzie odczuwał po zakupie satysfakcję, gdy nabyty produkt przewyższy jego oczekiwania, czy też rozczarowanie, gdy funkcje produktu nie spełniają jego wymagań, bądź brak reakcji, gdy produkt jest dokładnie taki, jakiego oczekiwał nabywca. Te odczucia będą wpływały na dalsze postępowania konsumenta, tzn. czy zaufa marce, czy dokona kolejnych zakupów w tej firmie (opcje dodatkowe, inne polisy), jakie opinie będzie przekazywał o produkcie, ubezpieczycielu, obsłudze. Im klient będzie bardziej usatysfakcjonowany, tym większa szansa, że skorzysta z innych/dodatkowych usług firmy oraz będzie rekomendował produkt/towarzystwo innym. Im bardziej były zawyżone walory użytkowe przez ubezpieczyciela, tym większe rozczarowanie i poczucie zawodu. Niezadowolony klient będzie chciał zrezygnować z produktu. Odczuwanie to, jakkolwiek zależne od subiektywnych cech, wpłynie na poziom lojalności[40]. Ważne jest, aby nie dopuścić do powstania dysonansu pozakupowego, czyli niezadowolenia konsumenta z zakupu danego dobra. Konsument taki jest wówczas zmuszony do zmiany swojego zachowania na rynku w stosunku do danego produktu[41].

W ubezpieczeniach dysonans może powstać po podpisaniu umowy, kiedy klient się zastanawia, czy podjął słuszną decyzję. Pośrednik i zakład powinni podejmować działania, które przyczynią się do zmniejszenia tego dysonansu, a jednocześnie do kształtowania lojalności klientów. Można tutaj zaliczyć takie działania jak: podziękowanie pisemne lub telefoniczne, życzenia świąteczne, zaproszenia na imprezy, seminaria, odwiedziny w firmie, informowanie o planowanych promocjach, informowanie o własnych osiągnięciach i sukcesach[42].

Proces decyzyjny zakupu ubezpieczenia będzie odzwierciedleniem różnych cech jednostek, ich doświadczeń, predyspozycji i skłonności, a także skuteczności marketingu i innych oddziaływań celowych, podejmowanych przez podmioty rynku ubezpieczeniowego[43]. Ogólnie można stwierdzić, że na proces podejmowania decyzji, jak również kształtowanie świadomości ubezpieczeniowej, będą wpływały cztery

---

40 S. Smyczek, *Lojalność*, s. 33 oraz K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 65.

41 J. Berbeka, A. Niemczyk, *Zachowania konsumentów na rynku*, Kraków 1997, s. 19.

42 Mruk H., *Proces sprzedaży*, s. 334.

43 A. Szromnik, *Rynek ubezpieczeniowy*, s. 22.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

sfery podmiotowe: pierwsza obejmuje samą jednostkę (jej poglądy, przekonania, wiedzę: sfera zamknięta na oddziaływanie), druga składa się z podmiotów najściślej związanych z jednostką (rodzina, znajomi, współpracownicy), trzecia to sfera instytucjonalna, na którą składają się różne podmioty rynku dóbr i usług zabezpieczających (które powinny kształtować wiedzę i podnosić poziom świadomości ubezpieczeniowej), ostatnia sfera obejmuje instytucjonalne podmioty zewnętrzne, niekomercyjne, jednak odpowiedzialne za utrzymanie odpowiedniego porządku publicznego, warunków rozwoju intelektualnego, demokracji (policja, samorządy, szkoły, stowarzyszenia społeczne, które powinny współuczestniczyć w podnoszeniu świadomości ubezpieczeniowej)[44].

W ubezpieczeniach na życie ze względu na małą znajomość tych produktów duży wpływ na wybór konkretnego rodzaju ma dokonana przez agenta prezentacja i jego wybór. Dlatego zawsze będzie istniało niebezpieczeństwo, że wybór produktu będzie bardziej związany z interesem agenta niż klienta, co w konsekwencji może doprowadzić do rozwiązania umowy[45]. W przypadku tego typu usług kontakt pomiędzy klientem a przedstawicielem zakładu występuje na każdym etapie obsługi. Te relacje z pośrednikami będą się przekładały na ocenę zakładu ubezpieczeń[46].

Specyfika polisy ubezpieczeniowej na życie powoduje, że nabywca nie może do końca dokonać oceny swojego wyboru zanim nie zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe (np. przejdzie na emeryturę), na każdym wcześniejszym etapie może on jedynie dokonywać cząstkowej oceny usługi[47].

2.1.2. Potrzeba ubezpieczeniowa w hierarchii potrzeb człowieka

Potrzeba jest różnie definiowana przez poszczególne nauki. W ekonomii najczęściej definiuje się ją jako „stan braku czegoś i zarazem czynnik uruchamiający funkcje motywu do działania w kierunku zmiany tego stanu”[48]. Potrzebę można określić także jako „wynikające ze stanu braku pożądanie czegoś niezbędnego do zapewnienia warunków

---

[44] *Bariery rozwoju polskiego rynku ubezpieczeń*, red. W. Sułkowska, Kraków 2000, s. 83–84.

[45] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 65.

[46] H. Mruk, *Proces sprzedaży*, s. 317.

[47] S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 58.

[48] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 37; por.: G. Światowy, *Zachowania*, s. 29.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

rozwoju i funkcjonowania człowieka". Pożądanie to będzie dotyczyło przedmiotów materialnych i pewnych stanów emocjonalnych (zatem potrzeby mogą być materialne i duchowe). Nie można jednak utożsamiać potrzeby wyłącznie ze stanem braku, brak czegoś jest bowiem tylko warunkiem uświadomienia sobie potrzeby[49].

Potrzeba jest praprzyczyną, przesłanką wszystkich zachowań ludzkich. W zależności od jej rodzaju podejmowane są określone działania. Jednak nie zawsze dąży się do zaspokojenia potrzeby, np. gdy jej intensywność jest zbyt mała lub brak jest środków do jej zaspokojenia. Dlatego istotna jest motywacja, która jest określana jako stan gotowości do działania, czyli zachowanie zmierzające do uzupełniania braku[50]. Potrzeby sterują napięciem motywacyjnym, stają się zatem siłą napędową rozwoju i właściwego ukierunkowania konsumpcji, czyli zaspokojenia potrzeb. Traktowanie potrzeby jako kategorii społecznej wymaga odniesienia jej do konkretnych ludzi, żyjących w danym środowisku. Jednostka będzie określała swoje potrzeby według przyjętych zasad i norm w jej środowisku społecznym. Potrzeby w ujęciu ekonomicznym wyrażają pożądanie różnych wartości użytkowych[51].

Każdy człowiek dąży do realizacji swoich marzeń, pragnień. Ich uszeregowanie pod względem pilności realizacji przyczynia się do powstania hierarchii potrzeb. W procesie zaspokajania potrzeb będą występowały produkty pożądane bardziej niż inne. Intensywność tych potrzeb będzie wynikała z odczuwania braku i malała w miarę zaspokajania potrzeby[52]. Intensywność (pilność) potrzeb można określić jako „stopień pożądania określonych wartości użytkowych dóbr i usług będących przedmiotem potrzeby"[53]. Intensywność potrzeb jest pojęciem relatywnym, a zatem intensywność danej potrzeby można ocenić tylko w stosunku do intensywności innej potrzeby[54].

To, jakie potrzeby będą realizowane w danym momencie, uzależnione jest od uwarunkowań demograficznych, społecznych, ekonomicznych, psychicznych danego człowieka. Czynniki ekonomiczno-

---

[49] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 24.

[50] A. Burgiel, *Potrzeby konsumpcyjne podstawą zachowań konsumpcyjnych*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, s. 53.

[51] G. Światowy, *Zachowania*, s. 28, 29.

[52] I. Sowa, *Hierarchia potrzeb konsumpcyjnych – istota, kryteria, charakterystyka*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, s. 37.

[53] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 40.

[54] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 43.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

-społeczne będą bezpośrednio związane z cyklem życia rodziny. Różne potrzeby zgłaszają osoby samotne, inne młode małżeństwa, inne osoby dojrzałe. Natomiast podłoże psychologiczne zachowań ekonomicznych (wg G. Katony) polega na poddawaniu subiektywnej ocenie własnych osiągnięć ekonomicznych, w odniesieniu do własnej sytuacji finansowej i ogólnej sytuacji gospodarczej. Postrzeganie własnej sytuacji wpływa na dalsze decyzje ekonomiczne jednostki[55].

Nie zawsze jednak potrzeby są zaspokajane. Konsument może trafić na wiele przeszkód, które uniemożliwią mu ich zaspokojenie. Należą do nich bariery cenowe, podażowe, prawne (np. zakup broni palnej), administracyjne (ustanowione przepisy regulujące wielkość uprawnień do zakupu dóbr), społeczne (przynależność do rasy lub narodowości), religijne, związane ze stanem zdrowia, czasowe (konieczność zaspokojenia innej potrzeby)[56].

Poczucie bezpieczeństwa jest jedną z najważniejszych potrzeb[57]. Źródła lęków i niepokojów mogą być bardzo różne: stan zdrowia, przestępczość, bieda, utrata pracy, obniżenie poziomu życia itp. Ich natężenie będzie zależało od tego, na ile państwo wywiązuje się ze swoich funkcji związanych z ochroną obywateli[58].

Potrzeba ubezpieczeniowa jest bezpośrednio związana z potrzebą bezpieczeństwa, która w hierarchiach potrzeb znajduje się na jednej z pierwszych pozycji, zazwyczaj zaraz po podstawowych potrzebach życiowych, jakimi są potrzeby fizjologiczne. Dopiero na kolejnych miejscach pojawiają się inne potrzeby, tj.: potrzeba przyjaźni, znalezienia miejsca w grupie społecznej, zawodowej, następnie dążenie do sukcesu, niezależności, wolności, zdobycia prestiżu i szacunku, aż do realizacji własnych zamierzeń i rozwoju duchowego[59].

Hierarchia potrzeb finansowych jest również uszeregowana wg ich pilności. Zatem konsument najpierw zaspokaja podstawowe potrzeby finansowe, tj. zabezpieczenie płynności finansowej, rezerw gotów-

---

[55] M. Rószkiewicz, *Zabezpieczenie własnej starości na tle innych potrzeb Polaków*, „Polityka Społeczna" 2003, nr 9, s. 7.

[56] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 46–47.

[57] Zostało to odzwierciedlone również w teoriach potrzeb np. A. Maslowa, F. Herzberga, V. Schraba; szerzej w: K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 53; A. Springer, *Zarządzanie jakością usług w bankach i zakładach ubezpieczeń*, w: *Jakość usług bankowych i ubezpieczeniowych. Diagnoza, determinanty, segmentacja*, red. J. Garczarczyk, Poznań 2000, s. 47; M. Rószkiewicz, *Zabezpieczenie własnej starości*, s. 7.

[58] J. Sarapata, *Reklama ubezpieczeń*, Warszawa 1998, s. 10–11.

[59] *Bariery rozwoju*, s. 78.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

kowych i ubezpieczenia się, a dopiero potem przechodzi do potrzeb wyższego rzędu (tj. alokacja wolnych funduszy). Potrzeby finansowe, podobnie jak inne, mogą być zaspokajane w różny sposób, zatem przed podjęciem ostatecznej decyzji konsument poszukuje różnorodnych informacji[60].

Potrzebę ubezpieczeniową można traktować jako „stan psychicznego napięcia jednostki lub całej grupy, związanego z poczuciem braku pewności i gwarancji dotyczących bądź utrzymania życia, zdrowia lub mienia (bezpieczeństwo fizyczne), bądź zagwarantowania sobie poczucia psychicznej pewności (bezpieczeństwo psychiczne)". Obawy, strach, niepewność i wynikający z tego dyskomfort psychiczny świadczą o całkowitym lub częściowym niezaspokojeniu potrzeby bezpieczeństwa. Jednak potrzeba ubezpieczeniowa to nie to samo co potrzeba bezpieczeństwa. Potrzeba ubezpieczeniowa jest pojęciem węższym i wiąże się wyłącznie z odczuciem braku ubezpieczenia.

Określony stan potrzeby ubezpieczeniowej jest efektem nakładania się różnych czynników, tj.: indywidualnych zdolności do percepcji zagrożeń, postaw, zachowań społecznych środowiska, do którego należy jednostka, stopnia satysfakcji z dotychczasowego zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa (zarówno ochrona indywidualna, jak i grupowa).

Występowanie albo brak potrzeby ubezpieczeniowej nie jest stanem trwałym, lecz zmienia się w zależności od czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Niezgłoszenie chęci posiadania polisy ubezpieczeniowej może więc oznaczać że: potrzeba nie jest uświadomiona, jest uświadomiona, ale jest niewystarczająca wiedza co do możliwości jej zaspokojenia, potrzeba jest uświadomiona, jednostka posiada wystarczający zasób informacji, ale brak jest środków finansowych do jej zaspokojenia[61].

Zainteresowanie różnymi produktami i usługami zależy od intensywności odczuwania danej potrzeby. Poszczególne grupy produktów (codziennego nabycia, częstszego nabycia, rzadkiego zakupu i niepostrzeganych[62]) są różnie postrzegane przez nabywców, w związku z tym sprzedaż ich będzie przebiegała w różny sposób. Ubezpieczenia na życie należą ciągle do produktów niepostrzeganych, dlatego proces sprzedaży będzie wyglądał odmiennie niż w pozostałych grupach. Tutaj decydujący wpływ na sfinalizowanie transakcji będzie miała aktywność

---

[60] S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 50.

[61] *Bariery rozwoju*, s. 78, 79.

[62] Produkty, których konsument nie zna lub nie są przez niego zauważane.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

sprzedawcy i osobowość nabywcy. Klienci na ogół nie myślą o zdarzeniach, które mogą zaistnieć, dlatego trzeba zadbać o czas i warunki, aby ukazać klientowi potrzebę posiadania ubezpieczenia i przekonać go do zawarcia umowy[63].

2.1.3. Świadomość potrzeby bezpieczeństwa a świadomość ubezpieczeniowa

Opierając się na dorobku psychologii, świadomość można określić jako „całokształt doświadczeń i procesów myślowych danej osoby w określonym momencie, zdolność do zdawania sobie sprawy z tego, co jest przedmiotem postrzegania i doznawania". Natomiast świadomość potrzeby jest „stanem psychicznym jednostki, w którym zdaje sobie ona sprawę z występującego napięcia spowodowanego brakiem środków niezbędnych jej do życia lub rozwoju własnego"[64]. Uświadomienie potrzeby może być wynikiem braku produktu, jak również uzyskania informacji o nowym produkcie, ujawnienia się nowych potrzeb, zmiany sytuacji materialnej lub zmiany oczekiwań w stosunku do produktu[65].

Potrzeba bezpieczeństwa będzie oznaczała dążenie do zapewnienia stabilizacji, prawa, porządku. Dana osoba będzie miała poczucie bezpieczeństwa ekonomicznego, jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostanie zapewniona jej i jej rodzinie odpowiednia rekompensata. Produktem, który spełnia te oczekiwania, jest polisa życiowa[66].

Uświadomienie sobie potrzeby bezpieczeństwa przez jednostkę lub grupę jest zdolnością do odzwierciedlenia całości zagrożeń bytu wraz z możliwościami eliminowania lub ograniczania tego stanu. Świadoma potrzeba bezpieczeństwa jest zatem potrzebą, z której dana osoba zdaje sobie sprawę. Występowanie jednak świadomej potrzeby bezpieczeństwa nie jest jednoznaczne ze świadomością ubezpieczeniową, chociaż może prowadzić do chwilowego jej uświadomienia. Przejście od świadomości bezpieczeństwa do świadomości ubezpieczeniowej zależy od indywidualnej skłonności do ryzyka oraz od świadomości skutków niezaspokojenia potrzeby. Wysoka skłonność do ryzyka (osób, grup)

---

63 H. Mruk, *Proces sprzedaży*, s. 315.
64 *Bariery rozwoju*, s. 80.
65 L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 37.
66 K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 53, 54.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

może powodować, że mimo świadomości potrzeby bezpieczeństwa, ich świadomość potrzeby ubezpieczeniowej pozostaje na relatywnie niskim poziomie[67].

Według T. Szumlicza świadomość ubezpieczeniowa to „wiedza i umiejętności pozwalające racjonalnie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, czyli w konsekwencji wykazać stosowną przezorność ubezpieczeniową"[68]. Świadomość ubezpieczeniową *sensu largo* można traktować jako „ogólny zbiór idei, poglądów i przekonań wspólnych dla całych grup, klas i społeczeństw, dotyczących zakresu oraz form zagrożeń ich bytu, a także całokształtu środków eliminowania lub ograniczania takich oddziaływań".

Świadomość ubezpieczeniowa jednostki, mimo że jest wartością zróżnicowaną, to jednak każdorazowo wyznaczana jest przez społeczne formy życia i aktywności. Może ona nie występować w ogóle albo być na bardzo niskim poziomie, kiedy jednostka, mając świadomość zagrożeń i potrzeb bezpieczeństwa, nie zgłasza zapotrzebowania na środki gwarancji bezpieczeństwa.

Wysoki poziom świadomości ubezpieczeniowej *sensu largo*[69] prowadzi do zgłoszenia zapotrzebowania na środki zabezpieczające. Świadomość ubezpieczeniową jednostki *sensu stricto* określają „jej ogólne i szczegółowe doświadczenia, poglądy oraz informacje w kwestiach rozpoznawania oraz eliminowania zagrożeń bezpośrednich i pośrednich, zagrożeń dla życia, warunków rozwoju oraz posiadanego mienia, za pomocą środków formalnoprawnych cywilnoprawnej ochrony ubezpieczeniowej". Najważniejszym kwalifikowanym środkiem bezpieczeństwa jest usługa ubezpieczeniowa[70].

Według A. Szromnika świadomość ubezpieczeniowa jest:
- wartością społeczną decydującą o wielkości, zakresie i strukturze aktualnego i potencjalnego rynku różnorodnych dóbr oraz usług,
- złożoną kategorią ukształtowaną w długich okresach,
- wielkością względnie stałą i jej zmiany wymagają wieloletnich, systematycznych i skoordynowanych działań,

---

[67] A. Szromnik, *Rynek ubezpieczeniowy*, s. 18.

[68] T. Szumlicz, *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe" 2006, z. 1, s. 21.

[69] Podział świadomości ubezpieczeniowej na *sensu largo* i *sensu stricto* opiera się na wydzieleniu środków gwarancji związanych z usługami ubezpieczeniowymi świadczonymi przez towarzystwa asekuracyjne.

[70] *Bariery rozwoju*, s. 81.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

– jednym z kilku podstawowych wyznaczników poziomu intelektualnego i rozwoju cywilizacyjnego jednostek, grup społecznych i całego społeczeństwa[71].

Analizując świadomość ubezpieczeniową, należy wskazać sześć obszarów oddziaływań kształtujących rzeczywisty poziom świadomości ubezpieczeniowej społeczeństwa, grupy czy jednostki: obszar potrzeb (zakres i skalę odczuwanych potrzeb bezpieczeństwa), wiedzy o środkach gwarancji bezpieczeństwa, własnych doświadczeń ubezpieczeniowych, zwyczajów i tradycji środowiskowych, marketingu ubezpieczeniowego firmy, edukacji ubezpieczeniowej społeczeństwa.

Zdobyta przez jednostkę wiedza, doświadczenie, jak również odczucia własne i oddziaływanie z zewnątrz pozwalają podjąć decyzje określające zakres najpilniejszych potrzeb ubezpieczeniowych, zakres potrzeb zgłaszanych w danym czasie na rynku, wybór szczegółowych środków i form zaspokojenia potrzeb ubezpieczeniowych, wybór firmy ubezpieczeniowej i produktów[72].

Świadomość ubezpieczeniowa społeczeństwa będzie określała „nie tyle ogólny poziom intelektualny mieszkańców, co społeczne warunki ich życia oraz zadowolenie z nich". Świadomość istniejących zagrożeń, poznanie ich i zrozumienie, prowadzi do wyboru właściwej formy zabezpieczenia, co z kolei daje poczucie bezpieczeństwa i spokoju psychicznego, niezbędnego do realizacji zadań wpływających bezpośrednio lub pośrednio na rozwój społeczny kraju[73].

Przezorność ubezpieczeniowa jest związana z uświadomieniem sobie ryzyk, jakie niesie ze sobą każda aktywność życiowa. Często ryzyko utożsamiane jest ze zdarzeniem losowym, które może, ale nie musi wystąpić. Tymczasem ryzyko po prostu istnieje. W Polsce można zaobserwować powszechne niedostrzeganie niektórych ryzyk. Zrozumienie kategorii ryzyka jest niezbędne do wzrostu świadomości ubezpieczeniowej i przezorności ubezpieczeniowej. Ryzyko to możliwość zaistnienia zdarzeń, które spowodują stratę w posiadanych lub spodziewanych zasobach gospodarstwa domowego. Ubezpieczenie ma przede wszystkim stanowić ochronę w przypadku powstania straty, a nie być traktowane w swej istocie jako inwestycja (mimo że taką funkcję też pełni). Zrozumienie funkcji ochronnej ubezpieczenia

---

[71] A. Szromnik, *Rynek ubezpieczeniowy*, s. 7.
[72] *Bariery rozwoju*, s. 82, 83.
[73] *Ibidem*, s. 85.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

jest jednym z czynników podnoszących stopień przezorności ubezpieczeniowej[74].

W ubezpieczeniach na życie ryzyko związane jest z realizacją zdarzeń zarówno negatywnych, jak i pozytywnych. Do zdarzeń negatywnych (powodujących określoną szkodę) zaliczymy: śmierć osoby ubezpieczonej, chorobę, wypadek powodujący określone skutki, np. utratę możliwości zarobkowania. Zdarzeniami pozytywnymi będą: urodzenie dziecka, ślub, rozpoczęcie studiów, zatem te związane są z powstaniem określonych potrzeb majątkowych[75].

W Polsce podnoszenie świadomości ubezpieczeniowej jest również istotne dlatego, że zrezygnowano z koncepcji państwa opiekuńczego, zlikwidowano przywileje branżowe, w trudnej sytuacji jest system ubezpieczeń społecznych, a wprowadzona nowa koncepcja zabezpieczenia emerytalnego opiera się także na ubezpieczeniach indywidualnych, pojawiło się wiele nowych zagrożeń życia, pracy, bytu społecznego[76].

Właściwe kształtowanie świadomości zagrożeń, potrzeby bezpieczeństwa i potrzeby ubezpieczeniowej będzie decydowało o rozwoju rynku ubezpieczeniowego[77].

W ostatnich latach w Polsce można zaobserwować radykalne zmiany prawne i funkcjonalne na rynku usług finansowych. W miejsce monopoli państwowych pojawiła się zdywersyfikowana struktura podmiotowa rynku usług, w tym ubezpieczeniowych. Pojawiły się nowe instytucje finansowe, tj. fundusze inwestycyjne i emerytalne, firmy leasingowe i agencje pośrednictwa kredytowego. Doprowadziło to do zmian w zachowaniach konsumentów, którzy stali się bardziej niezależnymi podmiotami rynku, ograniczanymi jedynie własnymi zasobami finansowymi, wiedzą i umiejętnościami. W miarę podnoszenia się stopy życiowej konsumentów zaczęły się także zmieniać wzorce ich postępowania i podejmowania decyzji co do form, sposobów i środków zaspokajania potrzeb finansowych[78].

Przeobrażenia zachodzące na rynku widoczne są również na rynku ubezpieczeniowym. Produkty obecnie oferowane przez towarzystwa

---

[74] T. Szumlicz, *Atrybuty świadomości*, s. 21.

[75] A. Śliwiński, *Ryzyko ubezpieczeniowe*, s. 92.

[76] *Bariery rozwoju*, s. 85.

[77] *Ibidem*, s. 79; por.: K. Stęplewska, *Świadomość ubezpieczeniowa klientów towarzystw ubezpieczeń na życie w województwie świętokrzyskim (analiza statystyczna danych ankietowych)*, w: *Rynek ubezpieczeń. Współczesne problemy*, red. W. Sułkowska, Warszawa 2013, s. 125.

[78] S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 9–10.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

ubezpieczeniowe znacznie różnią się od tych sprzedawanych na początku lat dziewięćdziesiątych[79]. Zaszło wiele przemian w postawie konsumenta rynku ubezpieczeniowego, które wymogły wprowadzenie zmian w działalności towarzystw ubezpieczeniowych, zarówno jeśli chodzi o oferty produktowe, jak i np. kontakty z klientem lub sposoby prezentacji produktów.

2.2. Czynniki wpływające na zachowania klientów indywidualnych na rynku usług ubezpieczeniowych

W literaturze wymienia się wiele czynników, które wpływają na zachowanie konsumenta. Mają one charakter bodźców, hamulców lub warunków. Wpływy kształtujące zachowania można podzielić na dwie grupy: genetyczne (dziedziczne) i płynące z otoczenia (środowiska, np. klimat). Równoległe oddziaływanie tych czynników tworzy nieskończoną liczbę potrzeb, postaw i preferencji, których przejawem są różnorodne zachowania człowieka. Na podstawie powyższych czynników wyróżnia się grupę czynników **indywidualnych** (**psychologicznych**), które tworzone są przez zespół elementów dziedzicznych i nabytych stanowiących względnie stałą strukturę, decydujących o cechach danej jednostki i różnicujących daną osobę od innych. Kolejna grupa czynników to czynniki o charakterze **społeczno-kulturalnym** tj. klasa i grupy społeczne, grupy odniesienia, rodzina oraz kultura, panujące tam normy, zwyczaje, tradycje, które wpływają na postępowanie. Trzecia grupa to **czynniki o charakterze ekonomicznym**, do których zalicza się: dochody konsumentów, ceny dóbr i usług, podaż i politykę sprzedaży[80].

Do uwarunkowań tworzących środowisko, w którym klienci podejmują decyzje rynkowe i w których przebiegają procesy kupna oraz sprzedaży, należą (wg T. Kramera): uwarunkowania ekonomiczne, organizacyjne, regulacje prawne, infrastruktura techniczna[81].

---

[79] Co zostało szczegółowo opisane w rozdz. 1 niniejszej pracy.

[80] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 20–22.

[81] S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 35; por.: J. Berbeka, A. Niemczyk, *Zachowania konsumentów na rynku*, s. 21; P. Kotler, *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Warszawa 1994, s. 191. Czynniki wpływające na zachowanie konsumenta są różnie grupowane przez poszczególnych autorów. W niniejszej pracy, ze względu na

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Należy także pamiętać o czynnikach makroekonomicznych, istnieje bowiem ścisła zależność pomiędzy rozwojem gospodarczym kraju a popytem na usługi finansowe. Tempo wzrostu dochodu narodowego, poziom bezrobocia lub poziom inflacji w istotny sposób oddziałują na poziom popytu na produkty finansowe. Na zachowania na rynku będą także wpływały regulacje prawne i polityka państwa, jak również uwarunkowania techniczne i technologiczne (Internet)[82]. Istotną wielkością determinującą konsumpcję ludności, a wynikającą z podziału dochodu narodowego, jest fundusz spożycia, który przeznaczony na konsumpcję bieżącą, bezpośrednio oddziałuje na aktywność ludzi[83].

2.2.1. Rola czynników ekonomicznych w kształtowaniu decyzji zakupu ubezpieczenia

Wśród najważniejszych czynników ekonomicznych wpływających na decyzję zakupu danego produktu/usługi należy wymienić: poziom dochodów, ceny, produkt, podaż, działania promocyjne, dystrybucję i miejsce sprzedaży.

DOCHODY

Jednym z głównych czynników decydujących o zachowaniu konsumentów jest ich dochód. Najważniejszą pozycją dochodów jest płaca jako rzeczywiste wynagrodzenie za pracę. Zatem płaca będzie w istotny sposób wpływała na działania konsumentów[84].

Posiadanie dochodu umożliwia zaspokojenie potrzeb, a jego wysokość wpływa bezpośrednio na wielkość całkowitych wydatków konsumpcyjnych i wyznacza podział na konsumpcję i oszczędności. Wzrost dochodu powoduje wzrost popytu, a także zmienia jego strukturę: w wydatkach zwiększa się udział dóbr wyższego rzędu, a zmniejsza

---

charakter przeprowadzanych badań empirycznych, przyjęto podział na czynniki ekonomiczne, społeczne i pozostałe. Największą wagę nadano dwóm pierwszym grupom.

[82] Szerzej w: S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 34–42; A. Małysa-Kaleta, *Ekonomiczne determinanty konsumpcji w polskich gospodarstwach domowych*, w: *Konsument i jego wybory rynkowe*, red. E. Kieżel, Katowice 2002, s. 37.

[83] G. Światowy, *Zachowania*, s. 136. Jeżeli jest zbyt niski, to hamuje aktywność, odpowiednio wyższy – pobudza ją, tworzy pozytywne nastroje społeczne, zbyt wysoki udział wywołuje osłabienie bodźca wydajności pracy, a tym samym jest zagrożeniem dla przyszłej konsumpcji.

[84] G. Światowy, *Zachowania*, s. 139.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

dóbr niższego rzędu. Wzrost dochodu, w dłuższym okresie czasu, wpływa również na zmianę przyzwyczajeń konsumpcyjnych i stylu życia. W przypadku spadku dochodu zmiana przyzwyczajeń trwa znacznie dłużej, konsument będzie dążył do utrzymania osiągniętego standardu[85]. Miernikiem służącym do określania wpływu dochodu na wydatki konsumentów jest **wskaźnik elastyczności dochodowej**[86].

Mimo jednej z ważniejszych pozycji w hierarchii potrzeb człowieka umowa ubezpieczenia życiowego jest traktowana jako dobro wyższego rzędu. Jej zakup jest zdeterminowany uzyskiwaniem odpowiednio wysokiego dochodu.

CENA

Bardzo istotnym czynnikiem kształtującym zachowania konsumpcyjne jest cena, która jest jednym z najważniejszych elementów wpływających na decyzję zakupu. Ogólna zależność między ceną a popytem jest taka, że wzrost cen powoduje spadek popytu i na odwrót (prawo Marshalla). Jednakże wzrost ceny artykułu zaspokajającego pilną potrzebę będzie w niewielkim stopniu wpływał na popyt. Im bardziej dobro jest luksusowe, tym bardziej jego cena będzie decydowała o popycie[87].

W firmie ubezpieczeniowej ceną produktu jest składka ubezpieczeniowa, będąca iloczynem stawki ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia. Cena będzie wpływała na liczbę sprzedanych polis, a tym samym na dochód towarzystwa. Zatem powinna być ona tak ustalona, aby z jednej strony przyciągać klientów, a z drugiej zapewnić firmie pokrycie wydatków[88].

W przypadku ubezpieczeń cena (składka) nie wynika tylko z relacji między popytem a podażą usług, ale także z prawdopodobieństwa i skutków zdarzenia losowego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, warunków zawarcia transakcji[89]. Z punktu widzenia klienta cena produktu ubezpieczeniowego jest jednym z czynników warunkujących zawarcie umowy (bardzo duży wpływ ma tu również świadomość ubezpieczeniowa)[90].

---

[85] Zjawisko to nazywane jest *efektem rygla*: nabyte nawyki konsumpcyjne przy obniżeniu się dochodów działają jak rygiel hamujący obniżenie poziomu konsumpcji.

[86] Szerzej w: L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 141.

[87] *Ibidem*, s. 143.

[88] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 211.

[89] A. Szromnik, *Rynek ubezpieczeniowy*, s. 10.

[90] B. Nowatorska-Romaniak, *Analiza czynników wpływających na wybór firmy ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2001, nr 7/8, s. 64.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Zachowanie konsumenta zależy również od samego produktu, na który składają się: zespół cech materialnych, opakowanie, głębokość i szerokość asortymentu[91] oraz elastyczność dostaw, usługi towarzyszące sprzedaży, gwarancja[92].

Istotnym elementem bodźcowego oddziaływania na zachowania konsumenta jest znak towarowy. Znak towarowy to oznaczenie, którego celem jest wyróżnienie towarów pochodzących od danego podmiotu. Znakiem towarowym może być: słowo, rysunek, ornament, kompozycja kolorystyczna, kompozycja plastyczna, melodia. Pełni on funkcje identyfikacji, gwarancji (przekazuje informacje o cechach jakościowych), promocji, ochronną (stanowi ochronę prawną przed konkurencją)[93]. Towarzystwa ubezpieczeniowe w większości posiadają słowno-graficzne znaki towarowe. Ważne znaczenie ma również sama nazwa firmy, w przypadku ubezpieczeń powinna się kojarzyć z bezpieczeństwem, zaufaniem, ochroną, stabilnością[94]. Znak graficzny (logo) służy do upowszechnienia nazwy firmy poprzez symbole graficzne, dzięki czemu towarzystwo jest lepiej zapamiętywane i rozpoznawane[95].

Opakowanie to kolejny element, który może wpływać na zachowanie konsumenta. Jest ono postrzegane jako pierwsze. Opakowanie, jego rozmiar, kolor, kształt, może przyciągać lub zniechęcać konsumenta do towaru[96]. Opakowanie w ubezpieczeniach to wszystkie materialne lub widoczne atrybuty używane przy sprzedaży produktu takie jak reklama, materiały akwizycyjne, szata graficzna polisy, wyposażenie sprzedawcy, wygląd siedziby, a przede wszystkim personel kontaktujący się z klientem[97]. Zewnętrznym obrazem produktu w szczególności będą tutaj owu i inne materiały informacyjne. Przygotowanie ich w sposób czytelny, przejrzysty, estetyczny może wpływać na podejmowane decyzje.

---

[91] Asortyment – zestaw produktów oferowanych przez daną firmę; szerokość – liczba linii produktów, np. ubezpieczenia indywidualne i grupowe; głębokość – liczba wariantów produktu lub kategorii produktu w ramach linii produktowej, np. ubezpieczenia terminowe, posagowe, z funduszem kapitałowym, na życie i dożycie. K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 189.

[92] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 153.

[93] *Ibidem*, s. 160.

[94] J. Sarapata, *Reklama*, s. 53; por.: R. Schultz, *Korzystna promocja ubezpieczycieli*, „Home & Market" 2009, nr 6, s. 59.

[95] J. Sarapata, *Reklama*, s. 57.

[96] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 161.

[97] J. Monkiewicz, L. Gąsiorkiewicz, B. Hadyniak, *Zarządzanie*, s. 17.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Obecnie opakowanie tworzy również wizerunek firmy. W tym aspekcie opakowanie nabiera szczególnego znaczenia w ubezpieczeniach na życie. Na wizerunek zakładu ubezpieczeń może się składać: wizerunek agenta (ubiór, zachowanie, sposób sprzedaży), wizerunek siedziby firmy (wystrój wnętrza), sposób przedstawienia informacji o firmie (ulotki, owu, polisy, druki), sposoby, w jaki traktowany jest klient (sposoby komunikacji, traktowanie przez agentów, poszczególne działy firmy)[98]. Czynniki kształtujące wizerunek firmy ubezpieczeniowej można podzielić na: niezależne i zależne od firmy oraz zależne, ale zniekształcone w procesie przekazu[99].

Na zachowania nabywcy wpływają również usługi towarzyszące sprzedaży, a szczególnie forma obsługi. Życzliwy sprzedawca, udzielający konsumentowi wyczerpujących informacji, ułatwiający dokonanie porównania i wyboru, będzie przyczyniał się do zakupu towaru[100]. Ten czynnik ma szczególne znaczenie w przypadku sprzedaży ubezpieczeń. Postawa agenta, jego umiejętność komunikacji z klientem w dużej mierze zadecyduje o zawarciu umowy ubezpieczenia.

Duże znaczenie dla firmy ma wypromowanie marki produktu. **Marka** produktu to wszelkie działania prowadzące do identyfikacji firmy lub jej produktów na rynku. Na markę może się składać: nazwa, symbol, pojęcie, znak lub ich kombinacja. Polskie firmy ubezpieczeniowe posługują się głównie nazwą i znakiem graficznym. Wypromowanie marki powoduje, że zarówno towarzystwo, jak i jego produkty są odróżnialne i identyfikowalne przez klientów, zapewnia klientom wspólne cechy (wysoką jakość, prestiż), umożliwia kontrolę i kształtowanie rynku (nowy produkt może się mieścić we wcześniej wypracowanym wizerunku) oraz dużą konkurencyjność wynikającą z przywiązania klientów[101].

---

[98] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 198.

[99] Do czynników niezależnych od firmy można zaliczyć: sposób odbioru usługi, ocenę oferty, doświadczenia własne, interpretację cudzych doświadczeń; do zależnych od firmy: system identyfikacji, kampanie reklamowe, relacje z mediami, własne publikacje, a do zależnych zniekształcone w procesie przekazu zarówno w sensie negatywnym, jak i pozytywnym, świadomie i nieświadomie, informacje przekazywane przez media. J. Monkiewicz, N. Pazio, *Marketing ubezpieczeniowy i komunikacja marketingowa*, w: *Podstawy ubezpieczeń. Tom III – przedsiębiorstwo*, red. J. Monkiewicz, Warszawa 2003, s. 394.

[100] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 162.

[101] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 200–201; szerzej w: K. Mazurek-Łopacińska, *Zachowania nabywców jako podstawa strategii marketingowej*, Wrocław 1997, s. 51

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

PODAŻ

Kolejny czynnik wpływający na zachowanie konsumentów to podaż. Odpowiednia ilość dóbr/usług na rynku oraz ich różnorodność umożliwia rozszerzenie i uatrakcyjnienie zaspokajanych potrzeb. Jednak niedostateczna podaż może stanowić ograniczenie konsumpcji. Podaż ukazuje konsumentowi możliwość zaspokajania potrzeb, natomiast potrzeby są zdeterminowane tym, co jest dostępne na rynku. Zatem podaż może wpływać na rozwój konsumpcji (w tym także w zakresie ubezpieczeń życiowych) poprzez kreowanie nowych potrzeb i zachęcanie klientów do ich zaspokajania[102].

PROMOCJA

Działalność promocyjna zakładów ubezpieczeń to ogół działań z zakresu *promotion mix*, które mają na celu poprawę znajomości marki i produktów wśród aktualnych i potencjalnych klientów. Na promocję mix składają się: reklama, promocja sprzedaży, akwizycja, promocja bezpośrednia oraz public relations. Wyróżnia się promocję firmy i produktu. W przypadku sektora ubezpieczeń, ze względu na jego specyfikę, przeważają działania promujące wizerunek firmy[103].

Prowadzenie promocji, czyli działań podejmowanych w celu komunikacji z klientem, pośrednikami i pracownikami, które kształtują ich pozytywny stosunek do firmy i jej produktów, jest jedną ze składowych marketingu ubezpieczeniowego. Natomiast treścią marketingu ubezpieczeniowego są działania firm na rynku ubezpieczeniowym zorientowane na klienta[104].

Najbardziej zauważalną formą promocji jest reklama. Największą popularnością cieszy się reklama telewizyjna (reklama wizerunkowa lub wizerunkowo-produktowa)[105]. Dzięki reklamie towarzystwo może dotrzeć do znacznie szerszego grona odbiorców niż przy prezentacji agenta ubezpieczeniowego[106].

Reklama pełni dwie bardzo istotne funkcje: edukacyjno-prospołeczną i zysku. W przypadku reklamy ubezpieczeń szczególnie ważna

---

[102] I. Sowa, *Zachowania rynkowe młodych konsumentów. Reklama jako determinanta zachowań*, Prace Naukowe AE w Katowicach, Katowice 2001, s. 26.
[103] J. Monkiewicz, N. Pazio, *Marketing ubezpieczeniowy*, s. 390–391.
[104] *Ibidem*, s. 370–371.
[105] *Ibidem*, s. 391
[106] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 269.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

jest ta pierwsza funkcja, dzięki której reklama może kształtować odpowiednią postawę ludzi (odpowiedzialność za zabezpieczenie), uczyć i kształtować samodzielność, wyzwalać przezorność, pomóc w planowaniu, kalkulowaniu, przewidywaniu, uczyć odpowiedzialności za siebie i innych, wskazywać na potrzebę dojrzałości i poważny stosunek do życia, kształtować pożądany (zdrowy) styl życia, uczyć odpowiedniego stosunku do świata (także do niebezpieczeństwa)[107]. Reklama ubezpieczeń powinna nie tylko prezentować towarzystwo i jego produkty, lecz także przypominać o potrzebie ubezpieczenia i wskazywać sposoby jej zaspokojenia oraz przyczyniać się do podnoszenia świadomości ubezpieczeniowej[108].

Kolejnym elementem składającym się na promocję mix jest **sprzedaż osobista**, czyli bezpośredni kontakt agenta ubezpieczeniowego lub przedstawiciela firmy z klientem lub grupą klientów w celu przedstawienia oferty produktowej. Jego sposób prezentacji może bardzo dużo powiedzieć o towarzystwie, którego jest przedstawicielem. Agent buduje swój wizerunek, a przez to i firmy, opierając się na takich cechach jak wiarygodność, przyjaźń, profesjonalizm, dar przekonywania, empatia[109].

Sprzedaż osobista jest bardziej perswazyjna od innych metod promocji, ponadto agent od razu otrzymuje informację zwrotną, co daje możliwość szybkiej reakcji. Niewątpliwą zaletą jest również dokładna selekcja przekazu, gdyż agent sam wybiera potencjalnego klienta. Wadami są tutaj wysokie koszty dotarcia do klienta, jak również potrzeba poświęcania mu więcej czasu[110]. Jest jednak uważana za jedną z najefektywniejszych metod promocji wykorzystywanych przez zakłady ubezpieczeń. W trakcie rozmowy agent może odpowiedzieć na wszystkie pytania klienta, wyjaśnić wątpliwości oraz wykreować u klienta potrzebę zawarcia umowy. A ponieważ agent jest uważany przez klientów za najbardziej wiarygodne źródło informacji, to jeżeli klient mu zaufa, skłonny jest do uznania jego zaleceń[111].

---

[107] J. Sarapata, *Reklama*, s. 77.

[108] K. Kostrz-Malasińska, *Postawy wobec promocji ubezpieczeń jako czynnik kształtujący wybory produktów ubezpieczeniowych*, „Zeszyty Naukowe AE w Krakowie" 2001, nr 558, s. 137.

[109] *Ibidem*, s. 65.

[110] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 272.

[111] *Ibidem*, s. 286.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Promocja sprzedaży to czynności wspomagające, motywujące kanały dystrybucji do sprzedaży danego produktu oraz motywujące klientów do zakupu ubezpieczenia (np. przez konkursy, nagrody). Wspomaga także inne działania promocyjne. Ta forma promocji jest bardzo efektywna w przyciąganiu klientów i agentów oraz pozwala uzyskać wzrost sprzedaży w krótkim czasie[112].

Public relations i publicity to nieodpłatne formy informacji o firmie, produkcie oraz budowanie wizerunku firmy w środowisku (np. konferencje prasowe, imprezy rocznicowe firmy)[113]. Zalety tej promocji to wysoki stopień wiarygodności, mała kapitałochłonność oraz przyciągnięcie klientów, którzy unikają reklam. Jednak towarzystwo ma ograniczoną kontrolę nad treścią, nie wiadomo bowiem, jak zostaną użyte w mediach przygotowane relacje[114].

Inną formą promocji firmy jest sponsoring, co pozwala na zwiększenie rozpoznawalności towarzystwa na rynku, tworzy pozytywne skojarzenia. Istotny jest tutaj wybór odpowiedniego przedmiotu sponsorowania. Towarzystwa ubezpieczeniowe najczęściej biorą udział w sponsorowaniu szpitali, działań na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa na drogach, jak również imprez kulturalnych i sportowych[115].

DYSTRYBUCJA I MIEJSCE SPRZEDAŻY

Na zachowanie konsumentów w istotny sposób wpływa także forma sprzedaży produktu, lokalizacja, wielkość i atmosfera punktu sprzedaży, rodzaj ekspozycji, forma obsługi, zakres świadczonych usług, itp.[116]

W przypadku ubezpieczeń szczególne znaczenie ma sposób dotarcia do klienta. Ze względu na rodzaj produktu mniejsze znaczenie będzie miała lokalizacja punktu sprzedaży, a na pewno większe atmosfera panująca w danym biurze. Należy tutaj zaznaczyć, że są klienci i towarzystwa, które preferują spotkania w domu samego klienta, wtedy miejsce sprzedaży ma jeszcze mniejsze znaczenie[117].

---

[112] *Ibidem*, s. 269, 272.

[113] Public relations nazywane są także propagandą marketingową, a publicity – polityką rozgłosu. *Podstawy marketingu*, red. J. Altkorn, Kraków 1997, s. 334.

[114] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 272.

[115] Badania pokazały, że w zależności od przedmiotu sponsorowania firmy są różnie postrzegane, np. firma, która wspiera akcje charytatywne, jest odbierana jako opiekuńcza, uczciwa, dobra, zamożna; jeżeli natomiast wspiera kulturę i sztukę – jako elitarna, zamożna, tradycyjna, opiekuńcza; szerzej w: R. Schultz, *Korzystna promocja*.

[116] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 179.

[117] Dystrybucja ubezpieczeń została szerzej opisana w rozdz. 1 pkt 1.3.3.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

2.2.2. Uwarunkowania społeczne zachowań konsumentów usług ubezpieczeniowych

Działania ludzi, jako istot społecznych, determinowane są również silnym wpływem innych osób/grup z zewnątrz. Konsumenci zakupują więc dane dobra i usługi dlatego, że kupują je inni, bądź aby uzyskać pozytywny wizerunek w oczach innych[118].

Do podstawowych czynników społecznych zalicza się: czynniki kulturowe, klasy i grupy społeczne, grupy odniesienia i wpływ rodziny, status społeczny i odgrywane role społeczne, naśladownictwo, liderów opinii.

KULTURA

Kulturę można określić jako „całokształt materialnego i duchowego dorobku ludzkości, gromadzony, utrwalany i wzbogacany w ciągu jej dziejów, przekazywany z pokolenia na pokolenie". Zatem kultura to nie tylko wytwory materialne (ubrania, narzędzia pracy) czy instytucje społeczne, lecz także zasady współżycia społecznego, przekonania, idee, sposoby postępowania, wzory oraz kryteria ocen estetycznych i moralnych, które człowiek przejmuje w następstwie kontaktów z innymi ludźmi, a nie dziedziczy. Każda kultura posiada własny system wartości, preferuje określone zachowania, należy jednak zauważyć, że obecnie w dobie bardzo silnego rozwoju telekomunikacji te różnice się zacierają. Wpływ kultury na zachowania konsumentów uwidacznia się w preferencjach zakupu i użytkowania poszczególnych wyrobów, odrębnościach zwyczajów nabywczych, zróżnicowanych środkach promocji produktów (działania marketingowe muszą być dostosowane do obowiązujących w danym społeczeństwie zwyczajów, tradycji, przesądów)[119]. Zatem będzie wpływała na odczucie potrzeby bezpieczeństwa i sposoby jej zaspokojenia.

KLASY SPOŁECZNE

Klasy społeczne to grupy wyróżniające się określonymi wartościami, modelem życia, poziomem dochodu, wykształceniem, zainteresowaniami, zachowaniem. Sprzedaż produktów ubezpieczeniowych może przebiegać różnie w określonych klasach społecznych. W przy-

---

[118] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 97.
[119] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 201–206.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

padku ubezpieczeń na życie często pierwszym czynnikiem branym pod uwagę jest dochód, gdyż przede wszystkim klasa średnia stanowi tutaj grupę docelową[120].

Wpływ klasy społecznej na zachowanie konsumenta dotyczy przede wszystkim takich wyrobów lub usług, które odpowiadają funkcjonalnym potrzebom charakterystycznym dla danej kategorii społeczno-zawodowej (np. komputerów osobistych dla pracowników wyższych szczebli w przedsiębiorstwie) lub pełnią funkcję symboliczną, tzn. sygnalizują daną klasę społeczną[121].

GRUPY SPOŁECZNE

Grupę tworzą co najmniej trzy osoby, które oddzielone są od innych zbiorowości wyraźną zasadą odrębności. Wyróżnia się wiele kryteriów identyfikacji grup społecznych, np. wykształcenie, zawód, miejsce zamieszkania, status finansowy, dochód i jego źródło, typ zajmowanego mieszkania (domu), system wartości ideowo-etnicznych, prestiż, władza, stan posiadania, styl życia. Dana osoba może należeć do kilku grup społecznych. Grupa społeczna umożliwia swym członkom osiągnięcie określonych celów, jednak każda zaspokaja inne potrzeby człowieka i wywiera na niego inny wpływ[122]. Wspólnym mianownikiem dla członów grupy społecznej jest więź psychiczna, przejawiająca się jako wspólny układ przekonań, norm i wartości, które stają się wyznacznikiem zachowań[123].

W decydującej części uczestnictwo poszczególnych grup społecznych w rynku ubezpieczeniowym uzależnione jest od statusu majątkowego i poziomu świadomości, przy czym istotną rolę odgrywa subiektywne nastawienie i emocjonalne zaangażowanie klientów. Duże znaczenie ma tutaj także poczucie zagrożenia wypadkami losowymi[124].

---

[120] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 55–56.

[121] Ch. Pinson, A. Jolibert, *Zachowanie konsumenta – przegląd aktualnych koncepcji i zagadnień*, w: *Zachowanie konsumenta*, s. 29.

[122] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 198.

[123] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 97.

[124] *Bariery rozwoju*, s. 68.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

GRUPY ODNIESIENIA

Grupą odniesienia nazywamy grupę, z którą jednostka się utożsamia, do której pragnie należeć. Przynależność do grupy wpływu będzie kształtowała zachowania konsumentów. Zatem nabywca w procesie podejmowania decyzji kieruje się wartościami przyjętymi w jego grupie i grupie do której pretenduje. Im silniejszy jest związek jednostki z grupą, tym większy będzie miała ona wpływ na podejmowane przez daną osobę decyzje[125].

Bardzo silną grupą odniesienia jest **rodzina**. Dana osoba w ciągu swojego życia należy do dwóch rodzin: do tej, w której się urodziła i wychowała, oraz do rodziny, którą założyła. Ta druga ma silniejszy wpływ na podejmowanie decyzji. Wpływ rodziny na decyzje będzie zależał od przebiegu procesu socjalizacji (wiedza i poglądy wyniesione przez dzieci z domu rodzinnego), cyklu życia własnej rodziny oraz sposobu podejmowania decyzji przez rodzinę (wspólnie lub pojedynczo). Dla agenta ubezpieczeniowego bardzo ważne jest rozpoznanie sposobu podejmowania decyzji w rodzinie[126].

ROLA I STATUS SPOŁECZNY (PRESTIŻ)

Równie ważnym czynnikiem wpływającym na decyzję kupna jest pozycja (prestiż) jednostki.

Widocznym przejawem statusu są różnego rodzaju symbole, które mogą przybrać formę zachowań symbolicznych, insygniów lub dóbr symbolicznych[127]. W odróżnieniu od krajów rozwiniętych w Polsce w dalszym ciągu się uważa, że polisa na życie świadczy o wyższej pozycji społecznej[128].

NAŚLADOWNICTWO I RYWALIZACJA W KONSUMPCJI

Zjawisko naśladownictwa społecznego można zdefiniować „jako dążenie do upodobnienia się pod pewnym względem (lub całkowicie) do określonego modelu". Głównym motywem takiego postępowania jest chęć uzyskania pozytywnej oceny społecznej[129].

---

[125] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 56.

[126] *Ibidem*, s. 57.

[127] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 103–104.

[128] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 57.

[129] *Ibidem*, s. 107; szerzej w: A. Burgiel, *Naśladownictwo społeczne i jego przejawy jako determinanty zachowań konsumentów*, „Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe AE

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Proces naśladownictwa często stymulowany jest oddziaływaniem tzw. **liderów opinii**, czyli osób, które świadomie lub nieświadomie wpływają na zachowanie innych osób ze względu na zajmowane stanowisko, pełnione funkcje, prestiż, wiedzę itp. Zatem są to osoby, które nieprofesjonalnie oddziałują na otoczenie poprzez udzielanie informacji na prośbę konsumenta-naśladowcy, porad przed dokonaniem zakupu, namawianie/zniechęcenie do kupna towaru, ale także są naśladowane bez swojej wiedzy (wpływ bierny)[130].

2.2.3. Pozostałe determinanty zachowań konsumenta na rynku ubezpieczeniowym

Oprócz wcześniej wymienionych czynników na zachowanie konsumenta wpływa wiele innych determinantów, które z indywidualnego punktu widzenia są równie istotne. Wymienić tutaj należy przede wszystkim czynniki psychologiczne i psychiczne, a także czynniki osobiste i subiektywne.

DETERMINANTY PSYCHICZNE

Determinanty psychiczne obejmują „całokształt właściwości i procesów myślowych, uczuciowych i duchowych człowieka". Uwarunkowania psychiczne dzielą się na aktywizujące, czyli takie, które wiążą się z afektami (wewnętrznym pobudzaniem, popędem), oraz konceptualne – poznawcze, czyli takie, przez które człowiek poznaje siebie i swoje otoczenie (odnoszą się do intelektu i świadomości człowieka, obejmują: postrzeganie, zapamiętywanie, uczenie się)[131].

Oddziaływanie na zachowanie konsumentów odbywa się poprzez emocje, motywacje i postawy[132].

---

w Katowicach" 2001, nr 17, s. 119; E. Kieżel, *Kierunki zmian w zachowaniach konsumentów a marketing*, *ibidem*, s. 13, 18.

[130] L. Rudnicki, *Zachowania*, s. 195.

[131] G. Światowy, *Zachowania*, s. 57.

[132] Emocje to wewnętrzne impulsy pobudzające przeżywanie przyjemne lub nieprzyjemne, w sposób bardziej lub mniej świadomy, w znacznym stopniu kierują zachowaniami człowieka. Motywacje to suma emocji i napędu, wiążą się z celowym ukierunkowaniem postępowania. Postawy to motywacje połączone z rozpoznawczą oceną przedmiotu, np. wyrażenie własnego poglądu na temat danego dobra. Postawa to trwale korzystna lub niekorzystna ocena wynikająca z doświadczenia, emocji oraz skłonności związanych z ocenianym przedmiotem lub ideą. G. Światowy, *Zachowania*, s. 56, 57, 59, 60, 67, 70,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

CZYNNIKI OSOBISTE

Do czynników osobistych zalicza się czynniki **demograficzne** oraz **sytuacyjne** tj. stopień ważności decyzji, czas przeznaczony na jej podjęcie, dostępność produktu, okazję wymuszającą zakup produktu.

Zmienne demograficzne obejmują takie cechy klienta, jak: wiek, płeć, stan cywilny, dochód, narodowość, wykształcenie, zawód, etap w życiu rodziny. Z punktu widzenia towarzystwa ubezpieczeniowego bardzo ważne są zmienne demograficzne. Spadek tempa wzrostu populacji może oznaczać zmniejszenie się rynku potencjalnych nabywców i konieczność szukania nowych rynków zbytu (np. zagranicznych). Z kolei proces powolnego starzenia się społeczeństwa może stworzyć dla towarzystwa nowe możliwości. Osoby o stabilnej sytuacji finansowej są bardzo ważną grupą docelową dla towarzystwa, natomiast osoby wchodzące w wiek dojrzały zwiększają liczebność osób starszych, co powoduje spadek zainteresowania typowymi ubezpieczeniami na życie, ale kreuje popyt na ubezpieczenia emerytalne, rentowe[133].

CZYNNIKI SUBIEKTYWNE

Czynniki obiektywne, a zwłaszcza materialne, stwarzają podstawy do podjęcia decyzji o zakupie. Jednak dwie osoby, które podlegają wpływom tych samych determinantów obiektywnych, rzadko zareagują w ten sam sposób. Dzieje się tak dlatego, że na konsumentów będą także wpływały czynniki subiektywne (tzw. zmienne interwencyjne), do których najczęściej zalicza się: motywację[134], spostrzeganie, proces uczenia się, nawyki, osobowość, postawy oraz procesy komunikacyjne[135].

Spostrzeganie (inaczej percepcja) to „proces poznawczy, polegający na odzwierciedleniu przedmiotów i zjawisk świata zewnętrznego, oddziałujących na narządy zmysłowe człowieka w postaci bodźców". Z punktu widzenia marketingu ważne jest, jak postrzegane są poszczególne cechy produktu przez konsumenta. Spostrzeganie nie jest zjawi-

---

73; M. Boguszewicz-Kreft, *Pomiar emocji w badaniach konsumenckich*, „Marketing i Rynek" 2010, nr 1, s. 8.

[133] K. Rodek, J. Visan, *Marketing*, s. 23–24.

[134] Motywacja została omówiona w rozdz. 2 pkt 2.1.3.

[135] A. Burgiel, *Czynniki subiektywne i ich znaczenie w kształtowaniu rynkowych zachowań konsumentów*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, s. 163.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

skiem obiektywnym. Dostrzegane różnice w produkcie będą zależały nie tylko od jego właściwości, lecz także od doświadczeń, skojarzeń i oczekiwań konsumenta[136].

Osobowość można określić jako „względnie stałą strukturę cech psychicznych i fizycznych człowieka decydującą o specyficznych formach jego zachowania się i przystosowania do określonych warunków otoczenia". Osobowość każdego człowieka, pod pewnymi względami, będzie inna. Z punktu widzenia marketingu i zachowania konsumentów nie można być ukierunkowanym na jednostkę, ale na pewną grupę[137].

Uczenie się jest jednym z najważniejszych determinantów zachowania człowieka. Niektórzy psychologowie uważają nawet, że wyuczone jest całe zachowanie człowieka. Postawy, wiedza o otoczeniu, ale również pojęcia, idee, system wartości, motywy, sposoby zaspokajania potrzeb wynikają z uczenia się. Z punktu widzenia marketingu istotne jest znalezienie sposobu kształtowania i kontrolowania procesu uczenia się, tak aby osiągać swoje cele. Uczenie się można określić jako „proces prowadzący do zmian zachowania się jednostki w wyniku jej uprzednich doświadczeń"[138].

Rezultatem uczenia się jest **nawyk** (przyzwyczajenie), który wyraża związek między powtarzającym się bodźcem a określonym typem reakcji. Nawyk należy traktować jako nabytą zdolność do takiego, a nie innego zachowania się, a nie jako samo zachowanie. Nawyki w znacznej mierze determinują zachowania konsumenta[139]. Reakcje nawykowe są trudne do wyeliminowania. Przyzwyczajenia prowadzą do powstania **zwyczajów**, czyli „ogólnie praktykowanych w danej społeczności wzorów zachowania się w określonej sytuacji". Zwyczaje mogą mieć charakter zarówno indywidualny, jak i grupowy, natomiast przyzwyczajenia odnoszą się przede wszystkim do jednostek[140].

Wszystkie wcześniej opisane czynniki i działania w znaczący sposób wpływają na zachowania klienta. W Polsce jednak ciągle bardzo ważnymi czynnikami w procesach decyzyjnych są te ekonomiczne. Reakcje konsumentów i gospodarstw domowych są ściśle związane z ich możliwościami ekonomicznymi[141]. Podobnie jest na rynku

---

[136] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 58–59.
[137] *Ibidem*, s. 80.
[138] *Ibidem*, s. 86.
[139] Co wyraża się przede wszystkim w nawykach zakupów tych samych dóbr.
[140] S. Gajewski, *Zachowanie się konsumenta*, s. 94.
[141] A. Małysa-Kaleta, *Ekonomiczne determinanty*, s. 30.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

usług finansowych, co świadczy o niskiej zamożności polskich konsumentów[142].

2.3. Teorie kształtowania więzi zakładu ubezpieczeń z klientem

2.3.1. Czynniki wpływające na lojalność klienta

Dla wyjaśnienia i określenia zjawiska lojalności konsumenta niezbędne jest zrozumienie potrzeb i zachowań rynkowych konsumentów. Poprzez zrozumienie procesu rozpoznawania potrzeb, poszukiwania informacji, oceny wariantów zaspokojenia potrzeb, dokonania zakupu oraz zachowania po dokonaniu zakupu, można uzyskać wskazówki oraz niezbędne informacje o istocie lojalności i jej rodzajach[143].

Jednym z ważniejszych działań marketingowych jest przekształcenie nowych nabywców w klientów dokonujących regularnych zakupów, a następnie w rzeczników (adwokatów) firmy. Proces kreowania lojalnego klienta składa się z kilku etapów i jest rozciągnięty w czasie. Poprzez zaspokojenie specyficznych potrzeb na każdym etapie firma ma szansę przesunąć klienta na wyższe szczeble „drabiny lojalności". Proces ten nie jest łatwy, wymaga precyzyjnych i pełnych informacji na temat zakupów klienta, jak również wiedzy, jak zaproponować dodatkowe produkty, które zróżnicują ofertę[144].

---

[142] S. Smyczek, *Uwarunkowania i czynniki kształtujące zachowania konsumentów na rynku usług finansowych*, w: *Zachowania podmiotów na rynku w warunkach konkurencji*, red. G. Sobczyk, Lublin 2006, s. 131. Istotność czynników ekonomicznych potwierdziły m.in. badania przeprowadzone w latach 2003–2005 na próbie ogólnopolskiej 1200 respondentów, w ramach grantu KBN „Modele zachowań konsumentów na ryku usług finansowych".

[143] S. Smyczek, *Badanie lojalności konsumentów na rynku z wykorzystaniem metody TRI*M*, w: *Marketingowe badania bezpośrednie – zastosowania*, red. R. Milic-Czerniak, Warszawa 2005, s. 96.

[144] E. Rudawska, *Lojalność klientów*, Warszawa 2005, s. 51; *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych* W. Kopalińskiego tłumaczy słowo lojalny jako „prawomyślny"; „wierny i oddany jakiejś instytucji albo osobie (prywatnej)". Jako termin psychologiczny lojalność oznacza „postawę pełnej akceptacji". Postawa ta wykształca się poprzez doznania emocjonalne i stan świadomości; szerzej w: N. Hill, J. Alexander, *Pomiar satysfakcji i lojalności klientów*, Kraków 2003, s. 26.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Konsument staje się lojalny, gdy oferowany przez daną firmę produkt/usługa dostarcza mu pozytywnych wrażeń emocjonalnych, a firma okaże mu szacunek i uznanie, udowodni swoją prawdziwość i uczciwość, wykaże się kompetentną obsługą oraz wyjdzie naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom klienta[145].

W odniesieniu do relacji między klientem a firmą większość definicji lojalności koncentruje się na aspekcie przyjaźni i więzi z firmą. Lojalność jest rozumiana jako „poczucie więzi, przywiązania do firmy lub darzenie uczuciem osób w niej pracujących, czy też produktów przez nią oferowanych" (T.O. Jones i W.E. Sasser Jr.). Za klienta naprawdę lojalnego uznaje się osobę przywiązaną i w pełni poświęconą firmie (G.S. Day). Klient taki to osoba, która rekomenduje swoją firmę innym, jest darmowym adwokatem danej firmy (G. Goulda), dokonuje regularnych, powtarzających się zakupów, korzysta z produktów oferowanych przez firmę, jest odporna na działania promocyjne firm konkurencyjnych (D. Stum i A. Thiry)[146].

Należy zauważyć, że lojalność jest złożonym zjawiskiem, na który wpływają dwa zespoły czynników: czynniki behawioralne (płaszczyzna zachowań) i czynniki emocjonalne (płaszczyzna odczuć)[147].

Wyróżnia się siedem etapów rozwoju lojalnego klienta (wg J. Griffin), począwszy od osoby, która mogłaby nabyć produkt firmy (**klient potencjalny**), który następnie przekształca się albo w osobę odczuwającą potrzebę zakupu produktów danej firmy (**reflektant**), albo przeciwnie – nie potrzebuje ona jej produktów lub nie jest w stanie ich zakupić (**klient zdyskwalifikowany**). W kolejnych etapach występują takie postaci jak osoba, która raz dokonała zakupu w danej firmie (**klient dokonujący zakupu produktów danej firmy po raz pierwszy**), osoba, która zakupiła produkty danej firmy więcej niż jeden raz (**klient dokonujący powtarzających się zakupów**), klient, który kupuje wszystko, co dana firma posiada w swojej ofercie (**stały klient**). Na samym końcu firma zyskuje osobę, która dokonuje regularnych zakupów i zachęca inne osoby do skorzystania z oferty tej firmy, przekazuje pozytywne

---

[145] G. Światowy, M. Pluta-Olearnik, *Kreowanie lojalności klientów poprzez markę i jakość usług*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2000, nr 852, t. 2, s. 52.

[146] E. Rudawska, *Lojalność*, s. 27, 28, por.: J. Pietrzak, *Zarządzanie procesem lojalności konsumenckiej*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2004, nr 179, s. 226.

[147] J. Pietrzak, *Zarządzanie procesem lojalności*, s. 227.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

informacje o tej firmie, tworząc pozytywny wizerunek wśród potencjalnych klientów i pozyskuje w ten sposób nowych klientów dla danej firmy (**adwokat/rzecznik/mecenas firmy**). Wraz z przesuwaniem się klienta na kolejne szczeble lojalności firma odnotowuje coraz wyższe zyski i coraz mniejsze koszty[148].

Czynnikiem niezbędnym w budowaniu lojalności jest więź emocjonalna. Nie można budować lojalności opartej na zadowoleniu czy przyzwyczajeniu klientów. Zadowolenie wpływa na lojalność, ale nie jest czynnikiem decydującym (niezadowolony klient złoży reklamację i jego postawa będzie zależała od obsługi reklamacji). Podobnie samo przyzwyczajenie (utożsamiane z wygodą, np. zakupy bliżej miejsca zamieszkania) nie będzie wskazywało na lojalność (klient łatwo przejdzie do konkurencji). Jednak po zachowaniu klienta można określić jego lojalność, ale tylko w pewnym stopniu. Kolejne zakupy nie oznaczają jeszcze lojalności. Klientem lojalnym może być również ten, kto rzadko robi zakupy lub za małe kwoty (nie przynosi zatem bezpośrednich zysków), ale przynosi zyski pośrednie, rekomendując firmę i jej produkty innym osobom[149].

Firma, która chce budować kulturę organizacyjną zorientowaną na lojalność, musi uwzględnić trzy podstawowe elementy. Pierwszy, to odpowiedni dobór pracowników, a w odniesieniu do firm usługowych szczególnie dobór pracowników liniowych (w przypadku ubezpieczeń życiowych odpowiedni dobór głównie pośredników ubezpieczeniowych). Następnie adaptacja pracowników do swojej kultury, w taki sposób, aby pracownicy byli bardziej kreatywni i asertywni, nie bali się także podejmować skalkulowanego ryzyka i aby najbardziej cenili lojalność i umiejętność współpracy wewnątrz firmy. Trzeci czynnik to działalność naczelnego kierownictwa, którego sposób myślenia przekłada się na postawy i zachowania pracowników niższych szczebli. Powinni oni wspierać proces kształtowania kultury swojej firmy[150]. W budowaniu lojalności powinna uczestniczyć cała firma, a nie jedynie

---

[148] E. Rudawska, *Lojalność*, s. 37, 52, 53, 54; szerzej w: A. Dejnaka, *Budowanie lojalności klientów*, Gliwice 2007, s. 50; L. Garbarski, *Koszty a efekty pozyskiwania i utrzymania nabywców*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2004, nr 179, s. 235; B. Marciniak, *Badanie satysfakcji klientów – problemy i metody badawcze*, „Marketing i Rynek" 2000, nr 11, s. 19.

[149] A. Dejnaka, *Budowanie lojalności*, s. 73–74; szerzej w: A. Skrzypek, *Satysfakcja i lojalność klienta*, s. 4; D. Doliński, *Psychologiczne mechanizmy reklamy*, Gdańsk 2003, s. 182.

[150] E. Rudawska, *Lojalność*, s. 148.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

sztucznie utworzone i przeznaczone do tego celu działy. Bardzo ważna jest ciągła komunikacja z klientami i pytanie ich, co sądzą o wyrobach i usługach[151].

Ponadto bardzo istotnym elementem działań mających na celu zdobycie lojalnych klientów powinno być rozpoznanie przyczyn utraty klientów[152].

Typowe działania marketingowe mające na celu utrzymanie klienta dotyczą: utrzymania satysfakcji, uproszczenia procesu zakupu i osłabienia możliwości zmiany sprzedawcy (np. oferowanie produktów komplementarnych, oferowanie wielu marek)[153].

W XXI w. sytuacja na rynku się zmieniła, to klient jest „królem", a dostawca tym, który powinien okazywać lojalność, być oddany i wierny, zaspokajając uzasadnione potrzeby swoich klientów. Bardzo ważne jest zrozumienie pojęcia lojalności przez kierownictwo wyższego szczebla. Aby usatysfakcjonować klienta, wartość oferowana przez dostawcę musi sprostać wymaganiom klienta, a nawet je przewyższać. Aby utrzymać klienta (i aby stał się on lojalny) na konkurencyjnym rynku, całkowita wartość oferowanych produktów/usług musi odpowiadać wymaganiom klienta lepiej niż jakakolwiek oferta konkurencji[154].

Nadpodaż istniejąca obecnie na rynku daje konsumentowi ogromne możliwości wyboru, do tego szybki i łatwy dostęp do informacji o produktach i firmach powoduje, że konsument ma przewagę na rynku i w pełni świadomie z niej korzysta. Klienci stają się coraz bardziej wymagający, wybredni, coraz mniej podatni na działania marketingowe, oczekują nowych produktów, a w efekcie coraz rzadziej pozostają wierni jednej marce. Ta suwerenność klientów jest z pewnością procesem postępującym i nieodwracalnym. Zatem firmy powinny skupić się na gromadzeniu i wykorzystaniu informacji, pozwalających na identyfikację precyzyjnych segmentów lojalnościowych swoich klientów, a za cel postawić sobie nie całkowitą lojalność klientów, ale maksymalizację łącznej wartości klientów wyrażonej w czasie[155].

---

[151] Metodą, która może być pomocna w ocenie własnych wewnętrznych procesów firmy pod względem orientacji na potrzeby i oczekiwania klientów jest analiza procesowa klienta zwana metodą blueprintingu; szerzej w: L. Nieżurawski, B. Pawłowska, *Blueprinting – bardziej skuteczne podejście do spełnienia oczekiwań klienta*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici" 2007, z. 387, s. 75.

[152] Szerzej w: E. Rudawska, *Lojalność*, s. 18.

[153] L. Garbarski, *Koszty a efekty pozyskiwania*, s. 235.

[154] N. Hill, J. Alexander, *Pomiar satysfakcji*, s. 26.

[155] J. Pietrzak, *Zarządzanie procesem lojalności*, s. 225, 232.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Wyróżnikiem naprawdę lojalnych klientów jest **wierność**[156]. Wierność konsumenta względem producenta można określić jako „tendencję do konsekwentnego dokonywania zakupów produktów danego producenta" lub jego zachowanie polegające na ponawianiu zakupów różnych marek tego samego producenta[157].

2.3.2. Kształtowanie satysfakcji klienta

Jednym z głównych czynników przyczyniających się do wierności jest satysfakcja z poprzednich transakcji[158].

Można uznać, że satysfakcja to „stan emocjonalny pojawiający się u nabywcy w wyniku dokonania zakupu, będący rezultatem konfrontacji jego oczekiwań co do produktu z jego doświadczeniami z produktem"[159]. Należy odróżnić satysfakcję od lojalności. Satysfakcja nabywcy to poziom zaspokojenia jego oczekiwań przez dany produkt, a nie określenie jego lojalności[160]. Satysfakcja jest stanem, w jakim znalazł się konsument po dokonaniu zakupu lub zakupów, jest pewną postawą, opinią wyrażaną po zakupie. Natomiast lojalność jest zachowaniem konsumenta przejawiającym się stałymi preferencjami w wyborach rynkowych[161]. Potwierdzają to wyniki wielu badań, które wskazały, że większość zadowolonych klientów chętnie sięga po inne produkty i marki, dokonując kolejnych zakupów. Satysfakcja jest jednak niezbędnym warunkiem i punktem wyjścia w budowaniu lojalności[162].

Na brak satysfakcji wpływa głównie niski poziom podstawowych cech produktu, które stanowią normę dla klienta. Spełnienie tych warunków nie oznacza jednak powstania satysfakcji. Pojawia się ona dopiero po osiągnięciu wyższego poziomu spełnienia wymagań klienta[163].

---

156 Szerzej w: N. Hill, J. Alexander, *Pomiar satysfakcji*, s. 30, 31.

157 S. Smyczek, I. Sowa, *Konsument na rynku*, s. 75.

158 N. Hill, J. Alexander, *Pomiar satysfakcji*, s. 32.

159 L. Nieżurawski, J. Witkowska, *Pojęcie satysfakcji klienta*, „Problemy Jakości" 2007, nr 7, s. 31.

160 S. Smyczek, I. Sowa, *Konsument na rynku*, s. 77.

161 *Ibidem*, s. 81.

162 S. Wilmańska-Sosnowska, *Lojalność klienta jako wyzwanie współczesnego marketingu*, „Acta Universitatis Lodzienis. Folia Oeconomica" 2004, nr 179, s. 218.

163 K. Mazurek-Łopacińska, *Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe*, Warszawa 2003, s. 307.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

W związku z powyższym budowanie satysfakcji to proces zaspokajania i przewyższania oczekiwań konsumentów[164].

Wiele czynników wpływa na satysfakcję klienta. Wyróżnić tu należy nie tylko rzeczywiste cechy produktu, lecz także indywidualne cechy klienta i jego wymagania dotyczące produktu, komunikację z firmą i jej postrzeganie oraz dotychczasowe doświadczenia. Czynniki te wpływają na postrzeganie produktu przez klienta i jego oczekiwania, a w rezultacie określają poziom satysfakcji[165].

T. Jones i W.E. Sassem wykazali, że całkowita satysfakcja klienta jest kluczem do zapewnienia firmie jego lojalności i długookresowych korzyści finansowych. Całkowicie zadowoleni klienci są w dużo większym stopniu lojalni niż klienci tylko zadowoleni. Nawet na rynkach niezbyt konkurencyjnych dostarczenie klientom produktów o wyjątkowej jakości jest jednym sposobem, aby osiągnąć trwałe zadowolenie klientów i uzyskać ich lojalność[166].

Znaczenie satysfakcji klienta podkreśla także norma ISO 9001, w której szczególny nacisk położono na spełnienie przez przedsiębiorstwo wymagań klienta[167].

W związku z rosnącym znaczeniem jakości wiele firm opracowuje i wprowadza strategie mające na celu wzrost zadowolenia klientów i ich lojalności, właśnie poprzez podnoszenie jakości. Jakość ta odnosi się zarówno do produktu, jak i do obsługi i komunikacji. Zadowolenie klienta będzie się przekładało na długookresowy sukces firmy. Klient zadowolony będzie powtarzał zakup, w rezultacie może stać się stałym klientem, będzie przekazywał pozytywną reklamę i przyczyniał się do zwiększenia sprzedaży. Dla firmy oznacza to ograniczenie działań marketingowych, dużą zyskowność i długofalowy sukces[168].

---

[164] A. Skrzypek, *Satysfakcja i lojalność klienta*, s. 4.

[165] Więcej na temat satysfakcji i jej rodzajów w: K. Mazurek-Łopacińska, *Zachowania nabywców i ich konsekwencje*, s. 308; N. Hill, J. Alexander, *Pomiar satysfakcji*, s. 39.

[166] E. Rudawska, *Lojalność*, s. 92.

[167] Przedstawiony w normie model zakłada, że zarówno na wejściu, jak i na wyjściu wszelkich procesów realizowanych przez przedsiębiorstwo znajduje się klient. Danymi wejściowymi są zbadane wymagania klienta, a wartością wyjściową powinna być satysfakcja klienta. Norma nakłada zatem na przedsiębiorstwo obowiązek monitorowania (badania) informacji dotyczących oceny przez klienta jego wymagań (identyfikacja wymagań powinna być procesem ciągłym). U. Balon, J. Dziadkowiec, *Klient w organizacji zarządzanej projakościowo*, „Zarządzanie Jakością" 2009, nr 1, s. 14.

[168] E. Rudawska, *Lojalność*, s. 87–89.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Podobnie jak i w innych dziedzinach, tak i w ubezpieczeniach na życie zadowolenie klienta będzie zależało od jakości oferowanych usług[169]. Jakość najczęściej definiowana jest jako suma cech produktu (usługi), które decydują o jego zdolności do zaspokajania potrzeb[170]. W literaturze jakość usług określana jest także jako stopień rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami i wyobrażeniami klienta, a jego percepcją (oceną) usługi. Przy czym w systemie jakości organizacji usługowej klient zajmuje główną pozycję[171]. Według J. Garczarczyka jakość usług to zdolność do zaspokajania potrzeb klienta, do świadczenia usług spełniających lub przekraczających oczekiwania klienta[172].

Do najważniejszych kryteriów oceny jakości usług ubezpieczeniowych zalicza się:

- dostępność (lokalizacja placówek, czas ich otwarcia, krótkie oczekiwanie na wykonanie usługi),
- informacje (sformułowane prawidłowo i w sposób przystępny dla każdego nabywcy),
- kompetencje (usługodawcy są fachowo przeszkoleni i przygotowani),
- uprzejmość (życzliwość względem klienta),
- zaufanie (firma i jej pracownicy są wiarygodni i dbają o interesy swoich klientów),
- rzetelność (usługi są świadczone dokładnie),
- odpowiedzialność (usługodawcy działają szybko i fachowo, uwzględniając oczekiwania nabywców),
- bezpieczeństwo (usługa jest pozbawiona ryzyka),
- rodzaj stosowanych środków materialnych (widoczne dla nabywcy elementy usługi, tj. stan placówki, jej wyposażenie),
- szeroką ofertę (wychodzenie naprzeciw oczekiwaniom klienta),
- cenę (koszt usługi w porównaniu z konkurencją)[173].

---

[169] J. Iwko, *Znaczenie jakości w działalności marketingowej zakładów ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2006, nr 5/6, s. 44.

[170] A. Stefanicka, *Jakość usług ubezpieczeniowych – wybrane zagadnienia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2001, nr 9/10, s. 46.

[171] J. Iwko, *Gwarancją konkurencyjności i wierności klientów jest jakość usług*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2001, nr 11/12, s. 80.

[172] J. Garczarczyk, *Determinanty jakości usług w opinii menadżerów i klientów zakładów ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2002, nr 1/2 A, s. 3.

[173] J. Iwko, *Gwarancją konkurencyjności*, s. 77.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

2.3.3. Zaufanie a więź z klientem

Zdaniem niektórych poczucie bezpieczeństwa i **zaufanie** zwiększają skłonność klientów do korzystania z usług danego przedsiębiorstwa przez dłuższy czas. L.L. Berry i A. Parasuraman uważają, że zaufanie jest niezbędne w relacjach między klientem a firmą. Z kolei J.B. Rotter zdefiniował zaufanie jako „oczekiwanie jednostki, że można polegać na słowie danym przez drugą stronę"[174]. Przedmiotem zaufania zawsze są działania (np. przyszłe działania polityków, banków, towarzystw ubezpieczeniowych, agenta ubezpieczeniowego). Zaufanie będzie zatem oznaczało, że czyjeś zachowanie będzie regularne (konsekwentne, przewidywalne), kompetentne, racjonalne, sprawiedliwe, moralne, bezinteresowne, będzie reprezentować nasze racje. Każde z tych działań przedstawia pewną skalę zaufania, od najmniejszego do idealistycznego. Im więcej oczekujemy, tym większa jest szansa na rozczarowanie[175].

Zaufanie wiąże się ryzykiem i niepewnością, przy poczuciu pewności i bezpieczeństwa bowiem nie można mówić o zaufaniu. Często zaufanie do przedstawiciela firmy zależy od jego cech osobistych, tj.: niezawodności, rzetelności, uczciwości, kompetencji, orientacji na klienta oraz uprzejmości[176].

Zaufanie nie może jednak oznaczać naiwności, powinno być uzasadnione, tzn. oparte na racjonalnych kryteriach, do których można zaliczyć: reputację (historia wcześniejszych działań organizacji), aktualnie uzyskiwane wyniki (trafność ostatnich decyzji), podległość nadzorowi i kontroli (zaufanie jest egzekwowane przez niezależne instytucje), kontekst sytuacyjny (np. miejsce zawierania transakcji), wygląd zewnętrzny[177].

Wysoki poziom zaufania jest cechą charakterystyczną dla klientów, których łączą głębokie **więzi** z usługodawcą. Wielu badaczy uważa, że podstawą więzi jest przywiązanie. R.M. Morgan i S.D. Hunt zdefiniowali **przywiązanie** jako „maksymalizację wysiłku w celu utrzymania relacji z partnerem wymiany. Motywem takiego zachowania jest przekonanie co do istotności tej więzi". Podstawowymi warunkami przywiązania jest

---

[174] R. Furtak, *Marketing partnerski na rynku usług*, Warszawa 2003, s. 164.

[175] P. Sztompka, *Zaufanie: podstawa relacji społecznych*, „Krytyczna Teoria Organizacji" 1998, nr 3, s. 10, 12.

[176] R. Furtak, *Marketing*, s. 165, 166.

[177] P. Sztompka, *Zaufanie*, s. 13.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

uważanie relacji za istotną oraz wynikającą z tego chęć podtrzymania i pogłębienia więzi. Czynniki, które najsilniej wpływają na przywiązanie klienta do usługodawcy, to poziom zaufania i zadowolenia konsumenta, stopień zależności między podmiotami wymiany (im wyższy poziom zależności, tym większa skłonność do kontynuacji związku)[178].

W budowaniu więzi z konsumentem wymaga się lojalności pracowników. Tylko lojalny pracownik jest w stanie zbudować więź z klientem i wywołać pozytywne emocje[179]. Wykształcenie osobistej więzi pracownika z klientem przekłada się na lojalność klienta[180].

W przypadku ubezpieczeń zaufanie wynika z potrzeby bezpieczeństwa. Istotą zaufania jest przewidywalność. Można ufać firmie ubezpieczeniowej, której zachowanie jest przewidywalne. Natomiast zaufanie klienta prowadzi do lojalności. Zaufanie bazuje tutaj na takich przesłankach, jak: reputacja firmy, wiarygodność, stabilność, solidność. Wiarygodność na rynku można stracić na kilka sposobów. Jednym z ważniejszych jest niekompetentny doradca ubezpieczeniowy lub inny przedstawiciel firmy.

Jednym z narzędzi, które służą do budowania więzi z klientem, jest CRM (Customer Relationship Management). Pozwala on na świadome wprowadzanie w proces budowania i kształtowania więzi ekonomicznych z nabywcami czynników emocjonalnych; służy nie tyle do zarządzania relacjami z klientami, co do budowania trwałych związków z nimi. Jest działaniem zorientowanym na klienta, które pozwala firmie na obsłużenie, utrzymanie i usatysfakcjonowanie obecnego klienta, zwiększenie jego lojalności oraz pozyskanie nowych klientów[181].

W przypadku ubezpieczeń na życie trudno mówić o więzi przejawiającej się częstym, nawykowym dokonywaniem zakupów. Większość rodzajów ubezpieczeń na życie to produkty długoterminowe, które klient kupuje raz. Można tutaj jednak mówić o lojalności przejawiającej się np. pozostaniem, czyli brakiem rezygnacji z danego produktu i ubezpieczyciela. Klient zadowolony z danego produktu ubezpieczeniowego, z obsługi posprzedażowej, będzie rekomendował firmę innym osobom, co w przypadku sprzedaży tego typu produktów jest niezmiernie istotne. Wreszcie może się to przejawiać w dokupywaniu dodatkowych opcji

---

[178] R. Furtak, *Marketing*, s. 170.

[179] A. Dejnaka, *Budowanie lojalności*, s. 105.

[180] E. Rudawska, *Lojalność*, s. 129.

[181] A. Mituś, *CRM – system zarządzania relacjami z klientem*, „Humanizacja Pracy" 2006, nr 4/5, s. 63.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

do posiadanej polisy lub zakupieniu nowych ubezpieczeń w tej samej firmie. Dodatkowo przywiązanie i pozytywne postrzeganie nazwy firmy będzie miało wpływ na wybór produktów oferowanych przez grupę kapitałową, do której należy dane towarzystwo na życie. Zatem klient oprócz polisy życiowej chętnie wybierze w firmie partnerskiej ubezpieczenie majątkowe, przystąpi do otwartego funduszu emerytalnego, wykupi jednostki uczestnictwa w funduszu inwestycyjnym lub wybierze bank współpracujący z jego ubezpieczycielem. W bardzo dużej mierze lojalność klienta będzie uzależniona od postawy agenta i jego relacji z klientem przed, a szczególnie po zawarciu umowy ubezpieczenia.

Należy również zauważyć, że brak rezygnacji klienta z ubezpieczenia niekoniecznie oznacza, że klient jest lojalny. Jego pozostanie może wynikać tylko z ekonomicznej kalkulacji. Kupno kolejnego ubezpieczenia staje się coraz trudniejsze i droższe wraz z upływem lat życia klienta. Czasami wręcz jest niemożliwe zawarcie ubezpieczenia w innym towarzystwie, ze względu na wiek albo stan zdrowia[182]. W takim przypadku niekorzystna i nieopłacalna staje się rezygnacja z posiadanego już ubezpieczenia.

Charakter usługi ubezpieczeniowej powoduje, że decydującą rolę odgrywa tu wiarygodność i wynikający stąd poziom zaufania klientów zarówno do danego ubezpieczyciela, jak i do całego systemu ubezpieczeń. Zaufanie w przypadku rynku ubezpieczeń na życie jest wartością nadrzędną. Jednak znacznie trudniej jest je tutaj osiągnąć niż w innych branżach, ze względu na niematerialny charakter usług i odroczoną w czasie realizację zobowiązań[183]. Badania jednak pokazują, że rośnie zaufanie Polaków do towarzystw ubezpieczeń na życie[184]. Niestety, o ile jest ono stosunkowo duże w momencie zakupu polisy, to znacząco spada przy likwidacji szkody. Dla firmy ubezpieczeniowej bardzo ważne jest, aby wzbudzać zaufanie klientów, gdyż wówczas będą skłonni powierzać jej swoje życie i przyszłość[185]. Na rynku ubezpieczeniowym

---

[182] Wiek przystępującego do ubezpieczenia, a także przebyte przez niego albo najbliższą rodzinę choroby mogą spowodować, że ubezpieczyciel odrzuci wniosek ubezpieczeniowy jako zbyt ryzykowny bądź zaproponuje bardzo wysoką składkę, co z kolei spowoduje, że klient zrezygnuje z ubezpieczenia.

[183] *Bariery rozwoju*, s. 69–70.

[184] *Diagnoza społeczna* z lat 2003, 2005, 2007, red. J. Czapiński, T. Panek. Odpowiedzi, że ufa towarzystwom dało 19% w 2003, 23% w 2005, 26% w 2007 r.; odpowiedzi, że nie ufa towarzystwom udzieliło odpowiednio 31%, 30%, 16% respondentów.

[185] J. Iwko, *Znaczenie jakości*, s. 44.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

funkcjonują także instytucje wspomagające zaufanie, jak np. KNF czy Rzecznik Ubezpieczonych.

2.4. Badania nad zachowaniami konsumentów na polskim rynku ubezpieczeniowym

W Polsce w latach 1990–2007 przeprowadzono wiele badań na temat konsumenta i jego zachowania na rynku, w tym na rynku ubezpieczeniowym[186]. Badania objęły zakresem problematykę dotyczącą głównie czynników wpływających na zachowanie konsumenta na rynku ubezpieczeniowym, decyzje o zawarciu umowy, wybór ubezpieczyciela i rodzaju ubezpieczenia oraz ocenę jakości ubezpieczeń. Prezentują także źródła informacji o rynku ubezpieczeniowym oraz stopień znajomości tego rynku. Mimo iż badania te stanowią bardzo cenne źródło informacji, można w nich zauważyć pewne braki. Większość z nich traktuje temat szeroko, obrazując sytuację na rynku finansowym, i tylko w niektórych aspektach odnoszą się bezpośrednio do rynku ubezpieczeniowego. Rzadko można w nich odnaleźć podział na ubezpieczenia życiowe oraz majątkowe i pozostałe osobowe, a jeszcze rzadziej na indywidualne i grupowe ubezpieczenia życiowe. Ponadto badania te w większości przedstawiają zachowania klientów oraz ich stosunek do produktów ubezpieczeniowych i ubezpieczycieli jedynie w danym momencie[187], a różny dobór prób i zakres odpowiedzi na pytania dotyczące często tych samych problemów utrudniają porównanie wyników badań i uchwycenie zachodzących w czasie zmian. Prezentują bezpośrednie spojrzenie na produkt, a problemy badawcze formułują w sposób ogólny. Tak przeprowadzone badania uniemożliwiają retrospektywne spojrzenie na analizowane problemy badawcze. Nie dają również możliwości porównania zachowań różnych grup ubezpieczonych pod wpływem określonych czynników[188].

---

[186] Wykaz najważniejszych badań umieszczono w załączniku 1.

[187] Wyjątek stanowią np. badania prowadzone przez Katedrę Badań Marketingowych AE w Poznaniu; *Diagnoza Społeczna*.

[188] Por.: K. Stęplewska, *Czynniki warunkujące popyt na ubezpieczenia na życie w Polsce w świetle badań*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2010, nr 244, s. 87; *eadem*, *Indywidualne ubezpieczenia na życie w województwie świętokrzyskim – charakterystyka porównawcza 2012*, w: *Regionalny program rozwoju na tle strategii*

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Biorąc pod uwagę powyższe problemy, w niniejszej pracy zaprezentowano badania dotyczące wąskiej grupy posiadaczy ubezpieczeń, tj. osób posiadających indywidualne ubezpieczenie życiowe. Dodatkowo przyjęte założenie dotyczące minimalnego okresu posiadania polisy, tj. 10 lat, pozwoliło spojrzeć wstecz i dokonać porównania dwóch uchwyconych w badaniu momentów, tj. podpisania umowy i przeprowadzania badania.

UE „Europa 2020" z uwzględnieniem roli ubezpieczeń – na przykładzie województwa świętokrzyskiego, red. I. Jędrzejczyk, Poznań 2012, s. 371.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

KLIENT NA ŚWIĘTOKRZYSKIM RYNKU UBEZPIECZEŃ ŻYCIOWYCH

3.1. Metodologia badań

Badanie zachowań ubezpieczonych/ubezpieczających na rynku ubezpieczeń życiowych jest bardzo trudne. Wynika to nie tylko ze złożoności samych zachowań konsumenckich czy specyfiki produktu ubezpieczenia życiowego, lecz także z problemów w dostępie do danych osobowych potencjalnych respondentów. Mimo powyższych ograniczeń, mając jednak ich świadomość, jako główną metodę badawczą przyjęto badanie ankietowe.

Źródłem informacji w prezentowanych badaniach empirycznych był respondent – osoba mieszkająca w województwie świętokrzyskim, która w memencie przeprowadzania badania posiadała czynną polisę indywidualnego ubezpieczenia na życie zakupioną w latach 1994–1997. Ze względu na ówczesną strukturę rynku przeważały umowy zawarte z trzema towarzystwami ubezpieczeniowymi: CU, AL oraz PZU Życie.

Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2006 r. do lutego 2007 r. Próba do nich została dobrana ze zbiorowości generalnej w sposób mieszany (celowo-losowy)[1].

W badaniach uwzględniono osoby, które posiadały polisę ubezpieczeniową od co najmniej 10 lat. Badana grupa osób charakteryzowała się zatem stosunkowo długim okresem posiadania polisy życiowej[2]

---

[1] Szerzej na temat metod doboru próby w: M. Rószkiewicz, *Metody ilościowe w badaniach marketingowych*, Warszawa 2002, s. 75; J. Kramer, *Przegląd metod analizy rynku*, w: *Badania rynkowe i marketingowe*, s. 46; J. Kowal, *Metody statystyczne w badaniach sondażowych rynku*, Warszawa 1998, s. 23–35; Ch. Frankfort-Nachmias, D. Nachmias, *Metody badawcze w naukach społecznych*, Poznań 2001, s. 198; M. Szreder, *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, Warszawa 2004, s. 48.

[2] Przyjmując, że ubezpieczenie życiowe trwa ok. 30 lat, badana grupa posiadała ubezpieczenie przez co najmniej jedną trzecią okresu ubezpieczenia.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

i najdłuższym stażem posiadania polisy na życie na rynku polskim. Ponadto przyjęty okres ubezpieczenia dał możliwość porównania sytuacji z momentu zawierania umowy i wypełniania ankiety, zarówno w odniesieniu do sytuacji bytowej i materialnej ankietowanych, jak również ich stosunku do posiadanych produktów i działalności ubezpieczyciela, co pozwoliło uchwycić zmianę postaw i poglądów.

Badania te można odnieść do analizy kohortowej polegającej „na ocenie procesów zachodzących w czasie w takiej zbiorowości ludzi – kohorcie, która wyróżniona została na podstawie wspólnie przeżytych zdarzeń związanych z określonym momentem lub okresem"[3]. Analiza kohortowa nazywana analizą wzdłużną (w odróżnieniu od analizy poprzecznej[4]) służy badaniu procesów demograficznych w miarę upływu czasu wraz z towarzyszącymi im zmianami sytuacji materialnej, społecznej, kulturowej danej kohorty[5]. Pod pojęciem kohorty najczęściej rozumie się „grupę osób, które są sobie równe pod względem jednej lub więcej cech (np. roku urodzenia, płci)"[6]. W przypadku niniejszych badań jako kohortę można potraktować zborowość osób, które zawarły umowę ubezpieczenia w roku *t* i kontynuowały ją przynajmniej przez 10 lat.

Jako instrument pomiarowy wybrano kwestionariusz ankiety, który pozwolił na pozyskanie informacji od respondenta[7].

Ankieta składała się z 80 pytań dotyczących okoliczności i przyczyn zawarcia umowy ubezpieczenia, towarzystwa ubezpieczeniowego (m.in. nazwa towarzystwa, przyczyny wyboru, stopień zadowolenia, chęć zmiany towarzystwa), produktu ubezpieczeniowego (m.in. rok zawarcia umowy, rodzaj posiadanej polisy i opcji dodatkowych, przyczyny wyboru danego produktu, zadowolenie z posiadanego produktu, dokonane zmiany w polisie, składka i suma ubezpieczenia, fun-

---

3 J. Z. Holzer, *Demografia*, Warszawa 2003, s. 105.

4 Analiza poprzeczna obrazuje natężenie badanego procesu w jednym odcinku czasu; szerzej w: *ibidem*, s. 105, 111.

5 *Ibidem*, szerzej w: A. Balicki, *Zastosowanie metod analizy kohortowej do badania czasu pozostawania bez pracy*, „Wiadomości Statystyczne" 1997, nr 7, s. 53; R. Chen, K.A. Wong, H.Ch. Lee, *Period and cohort effects on life insurance purchses in the U.S.*, „The Journal of Risk and Insurance" 2001, Vol. 68, No. 2, s. 303.

6 A także analiza kohortowa polega na rejestracji częstości zdarzeń, które wystąpiły w rozwoju danego procesu; szerzej w: *Analiza kohortowa i jej zastosowanie*, red. S. Borowski, Warszawa 1976. Więcej na temat kohort i ich rodzajów w: *ibidem*, s. 55.

7 Por.: S. Kaczmarczyk, *Pomiar a zbieranie danych w badaniach marketingowych*, w: *Ilościowe i jakościowe metody badania rynku. Pomiar i jego skuteczność*, red. J. Garczarczyk, „Zeszyty Naukowe AE" Poznań 2006, s. 927.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

dusze inwestycyjne[8]), rodzaju przysługujących świadczeń, zdarzenia ubezpieczeniowego oraz sposobu zawarcia umowy, znajomości owu, sposobów i częstotliwości kontaktowania się ubezpieczonego z towarzystwem i towarzystwa z ubezpieczonym, oceny jakości usługi ubezpieczeniowej oraz źródeł wiedzy o rynku ubezpieczeń na życie. Ponadto ankieta zawierała 7 pytań pozwalających ocenić postawę wobec produktu i ubezpieczyciela oraz 8 pytań, w których ankietowany oceniał m.in. jakość obsługi, zakres oferowanych usług, pracę agenta, lokalizację i czas otwarcia placówki zarówno w momencie zawierania umowy, jak i w momencie wypełniania ankiety. Ostatnie 10 pytań stanowiły pytania metryczkowe, również w większości przedstawiające sytuację w chwili zawarcia umowy i przeprowadzania badania. Ankieta była anonimowa.

Odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie oparte były głównie na dwóch skalach pomiarowych: nominalnej oraz porządkowej. Pozostałe dwie skale, przedziałowa i ilorazowa, pojawiały się sporadycznie[9].

Spośród rozdanych ok. 600 ankiet uzyskano 62% zwrot, do dalszej analizy dopuszczono 334 ankiety.

Zebrane dane z wszystkich ankiet stanowiły nieuporządkowany, surowy materiał statystyczny. Został on zatem usystematyzowany: pogrupowany i zliczony, co oznacza, że badaną zbiorowość podzielono według najistotniejszych cech na względnie jednorodne części (klasy), którym przyporządkowano odpowiadające im liczebności[10].

ANALIZA WSPÓŁZALEŻNOŚCI

Z punktu widzenia prezentowanych w pracy wyników badań ważne było poznanie istotnych statystycznie zależności[11] zachodzących po-

---

[8] Ze względu na rok zawarcia umów przez ankietowanych w pracy używane jest pojęcie funduszy inwestycyjnych, mimo iż zgodnie z obecnie obowiązującą ustawą funkcjonują fundusze kapitałowe (stan na kwiecień 2010 r.).

[9] Szerzej w: A. Zeliaś, B. Pawełek, S. Wanat, *Metody statystyczne. Zadania i sprawdziany*, Warszawa 2002, s. 20–21; G. Światowy, *Zachowania*, s. 127; C. Domański, K. Pruska, W. Wagner, *Wnioskowanie statystyczne przy nieklasycznych założeniach*, Łódź 1998, s. 39–41.

[10] T. Michalski, *Statystyka*, Warszawa 1994, s. 47. W tabelach zastosowano oznaczania ogólnie przyjęte w statystyce: kreska (-) zjawisko nie występuje, zero (0) – zjawisko występuje w ilościach mniejszych niż przyjęta jednostka.

[11] Do przeprowadzenia analizy oraz prezentacji danych wykorzystano program SPSS for Windows oraz Microsoft Office Excel. W analizach zależności poziom istotności został ustalony na poziomie 0,05. Przyjęto, że zależność jest statystycznie istotna, gdy wartość

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

między czynnikami opisującymi zachowanie klienta a wpływającymi na nie czynnikami ekonomicznymi i społecznymi, taki jak miesięczne wydatki na ubezpieczenie, dochód na jedną osobę w gospodarstwie domowym, źródła dochodu, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, status zawodowy, liczba osób w gospodarstwie domowym. Podobnie czynniki odnoszące się bezpośrednio do posiadanego produktu, tj. rok zawarcia ubezpieczenia, nazwa ubezpieczyciela, subiektywne odczucia dotyczące pracy agenta, obsługi klienta itp. przedstawiające zarówno stan w momencie zawierania umowy ubezpieczenia, jak i w momencie przeprowadzania badania.

W analizie ograniczono się do zbadania związku między zmiennymi na podstawie testu niezależności χ^2 (zwanego dalej testem χ^2)[12]. Natomiast dla ustalenia siły zależności pomiędzy zmiennymi wykorzystano współczynnik φ Yule'a, współczynnik C Pearsona[13] oraz współczynnik V Cramera[14].

---

prawdopodobieństwa testowego była $p \leq 0{,}05$; szerzej w: J. Górniak, *Pierwsze kroki w analizie danych: SPSS for Windows*, Kraków 2003, s. 178.

[12] Ze względu na charakter badania i przyjętych zmiennych (głównie jakościowych) oparto się na teście χ^2, a ze względu na rodzaj doboru próby odstąpiono od estymacji parametrów i przeprowadzania testów parametrycznych. W analizie skoncentrowano się na zależnościach potwierdzonych przez test χ^2, jednak w niektórych przypadkach przedstawiono również silne zależności między zmiennymi w próbie, mimo że test χ^2 został przeprowadzony na podstawie danych niespełniających wymagań co do liczebności oczekiwanych (tj. ponad 20% o $n < 5$), a tym samym jego wynik może nie być wiarygodny – **wyniki takie zostały oznaczone symbolem (!)**; tam gdzie było to konieczne dla przeprowadzania analizy zależności – poszczególne kategorie odpowiedzi zostały połączone; por. m.in.: M. Sobczyk, *Statystyka. Podstawy teoretyczne. Przykłady – zadania*, Lublin 2000, s. 231; J. Jóźwiak, J. Podgórski, *Statystyka od podstaw*, Warszawa 2001, s. 358.

[13] Współczynnik kontyngencji C został zaproponowany przez Pearsona dla przypadku, w którym współczynnik φ Yule'a dla tablic $r \times k$ przekracza wartość 1, aby uzyskać współczynnik z przedziału od 0 do 1.

[14] Ogólna interpretacja współczynników jest taka sama: osiągają wartość zero w przypadku niezależności, im wyższa wartość liczbowa (max 1), tym silniejsza zależność, nie wskazują kierunku korelacji badanych zmiennych. Wadą współczynników opartych na χ^2 jest brak dobrej interpretacji wartości pośrednich. Mimo iż zbliżanie się do wartości 1 świadczy o wysokiej zależności, należy zauważyć, że w badaniach społecznych takie wyniki trudno uzyskać i często chociaż wartość liczbowa współczynnika jest „słaba" przyjmuje się, że istnieje wyraźna zależność (już dla wartości ok. 0,30). Szerzej na temat opisanych miar w: A. Zeliaś, B. Pawełek, S. Wanat, *Metody*, s. 110–111; J. Jóźwiak, J. Podgórski, *Statystyka*, s. 362; M. Sobczyk, *Statystyka*, s. 236; I. Roeske-Słomka, *Podstawy statystyki*, Koszalin 1997, s. 124; J. Górniak, *Pierwsze kroki*, s. 175; M. Nawojczyk, *Przewodnik po statystyce dla socjologów*, Kraków 2002, s. 218.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

3.2. Charakterystyka badanej zbiorowości klientów

Wśród respondentów przeważały kobiety (57%). Średni wiek wyniósł 49 lat z odchyleniem standardowym 10,6 roku, przy czym stosunkowo więcej było osób w wieku wyższym niż średnia (Me = 50, D = 57). Wiek respondentów z podziałem na płeć przedstawiono w tabeli 3.1.

Tabela 3.1. Wiek respondentów wg płci (n = 320)

Wyszczególnienie			B. wiek respondentów					
			30 i mniej	30–40	40–50	50–60	powyżej 60	ogółem
A. płeć	kobieta	% z A	9%	15%	33%	35%	8%	100%
		% z B	70%	65%	61%	54%	45%	58%
	mężczyzna	% z A	5%	11%	28%	42%	13%	100%
		% z B	30%	35%	39%	46%	55%	42%
Ogółem			7%	14%	31%	38%	10%	100%
			100%	100%	100%	100%	100%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

W momencie zawierania umowy ubezpieczenia średni wiek ubezpieczonych[15] wynosił 38 lat z odchyleniem standardowym 10,5 roku (Me = 39, D = 42). Porównanie wieku respondentów w momencie zwierania umowy i przeprowadzania badania przedstawia wykres 3.1.

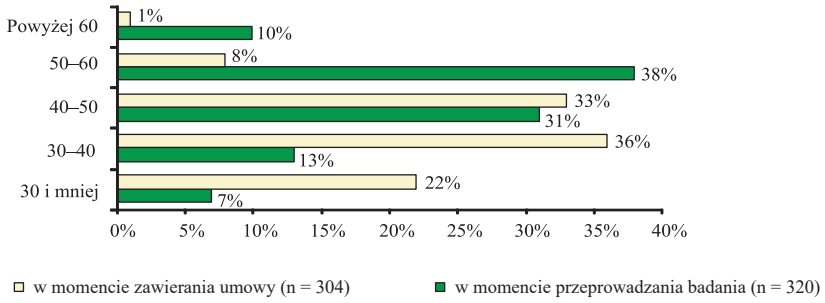
Najliczniejszą grupę spośród ankietowanych stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (43%), na kolejnych miejscach znalazły się osoby z wykształceniem średnim (26%), policealnym i niepełnym wyższym (16%) oraz zasadniczym zawodowym (14%) (n = 325).

Dominująca liczba osób w momencie zawierania umowy, jak i przeprowadzania badania pozostawała w związku małżeńskim. W porównaniu do momentu zawierania umowy udział procentowy tej grupy osób zwiększył się (z 71% do 80%) ($n_1 = 332$, $n_2 = 330$).

Większość osób w momencie zawierania umowy była pracownikami sektora państwowego. Natomiast w momencie wypełniania ankiety,

[15] Ponieważ wszyscy biorący udział w badaniu byli jednocześnie ubezpieczającymi i ubezpieczonymi, pojęcia te w dalszej części pracy są stosowane zamiennie.

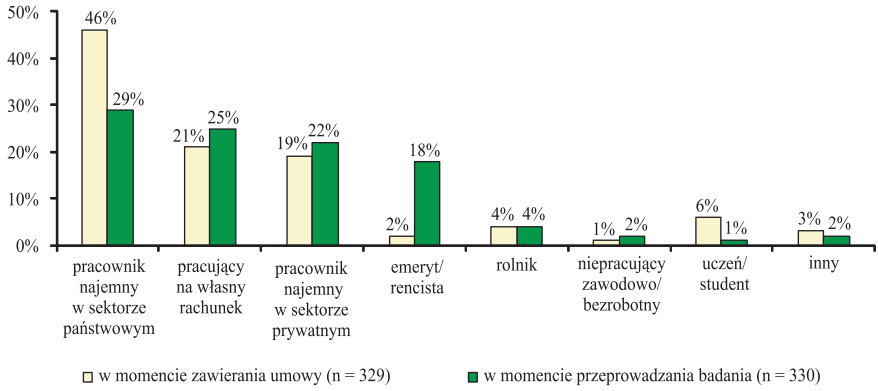
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932



Wykres 3.1. Wiek w momencie zawierania umowy i w momencie przeprowadzania badania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

pomimo że grupa ta była ciągle najliczniejsza, jej udział procentowy zmalał, a wzrósł udział osób pracujących na własny rachunek, w sektorze prywatnym oraz emerytów i rencistów (wykres 3.2).



Wykres 3.2. Status zawodowy w momencie zawierania umowy i w momencie przeprowadzania badania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Głównym źródłem przychodu w momencie zawierania umowy, a także w momencie wypełniania ankiety była praca zarobkowa/działalność gospodarcza (89%, 77%), jednak udział tego źródła zmniejszył się na korzyść m.in. emerytury/renty (3%, 20%). Wśród pozostałych przychodów ankietowani wymieniali kolejno obligacje/fundusze po-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

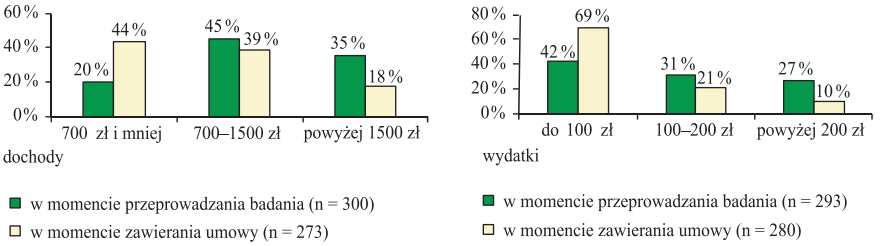
wiernicze/odsetki bankowe, najem/dzierżawę, zasiłki socjalne, stypendia ($n_1 = 325$, $n_2 = 328$).

Struktura osób według miejsca zamieszkania w momencie zawierania umowy i przeprowadzania badania była bardzo do siebie zbliżona. Dominowały osoby mieszkające w dużych miastach, tj. powyżej 100 tys. mieszkańców (43%, 42%). W dalszej kolejności znaleźli się mieszkańcy średnich miast, tj. od 10 tys. do 99 tys. (22%, 21%), małych miast do 9 tys. (po 18%) i wsi (17%, 19%) ($n_1 = 332$, $n_2 = 332$).

Średnia liczba osób w gospodarstwie domowym w momencie zawierania umowy wynosiła 3,4, natomiast w momencie przeprowadzania badania – 2,9. Zmniejszenie liczby osób w rodzinie było związane z naturalnym cyklem życia rodziny ($n_1 = 327$, $n_2 = 326$).

W momencie zawierania umowy średnie dochody miesięczne na osobę w gospodarstwie domowym wynosiły 1106 zł, przy czym więcej było osób o niższych dochodach (umiarkowana asymetria prawostronna, Me = 800 zł, D = 500 zł). Natomiast średnie miesięczne wydatki na ubezpieczenie wynosiły 119 zł (słaba asymetria prawostronna, Me = 80 zł, D = 100 zł), zatem również więcej było osób o wydatkach niższych niż średnia, przy czym siła asymetrii była zdecydowanie mniejsza.

W momencie przeprowadzania badania średnia dochodów wyniosła 1545 zł i także więcej było osób o dochodach mniejszych niż średnia, ale asymetria była tutaj słabsza niż w momencie zawierania umowy (Me = 1200 zł, D = 1000 zł). Średnie miesięczne wydatki wyniosły 192 zł i nieznacznie przeważały osoby o wydatkach wyższych niż średnia (Me = 120 zł, D = 200 zł). Zatem średnie dochody wzrosły o 40%, a wydatki na ubezpieczenie o 61%. Miesięczne dochody na jedną osobę w gospodarstwie domowym oraz wydatki na ubezpieczenie zostały przedstawione na wykresie 3.3.



Wykres 3.3. Dochody miesięczne na jedną osobę w gospodarstwie domowym oraz miesięczne wydatki na ubezpieczenie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Według oceny jednej trzeciej respondentów ich sytuacja finansowa w porównaniu z sytuacją sprzed 10 lat poprawiła się, dla 11% zdecydowanie się poprawiła, 27% odpowiedziało, że pozostała bez zmian, 15% uznało, że pogorszyła się, a dla 3% zdecydowanie się pogorszyła. Na pytanie nie umiało odpowiedzieć 12% (n = 331).

TOWARZYSTWO UBEZPIECZENIOWE

Większość ankietowanych posiadało polisę zakupioną w PZU Życie, blisko jedna trzecia w CU, a jedna piąta w AL. Najwięcej umów zostało zawartych w 1997 r. (tabela 3.2).

Tabela 3.2. Rok zawarcia umowy wg towarzystwa ubezpieczeniowego

Rok zawarcia umowy	Nazwa towarzystwa ubezpieczeń na życie				Ogółem	
	CU	AL	PZU Życie	inne		
1994	16%	4%	80%	–	56	18%
1995	33%	32%	35%	–	60	19%
1996	36%	16%	43%	6%	73	23%
1997	35%	22%	36%	7%	130	41%
Ogółem	101	61	144	13	319	100%
	32%	19%	45%	4%	100%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Zdecydowana większość ubezpieczonych (93%) podpisała umowę za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego (n = 331), z czego ponad połowa po przeprowadzeniu rozmowy jedynie z przedstawicielem jednej firmy (56%, n = 328).

Większość osób wskazała, że nawet gdyby była taka możliwość, nie zmieniłaby wybranego towarzystwa ubezpieczeniowego: 19% zdecydowanie nie, a 41% – raczej nie. Ponad jedna piąta nie wiedziała, jaką podjęłaby decyzję (22%), tylko 7% było zdecydowanych na dokonanie takiej zmiany, a 12% raczej tak (n = 301).

PRODUKT UBEZPIECZENIOWY

Ponad połowa ankietowanych (59%) posiadała ubezpieczenie bezterminowe, pozostali terminowe. Trzy czwarte ankietowanych zakupiło polisy na życie (w tym ubezpieczenie na życie i dożycie oraz na dożycie), blisko jedna piąta ubezpieczenie na życie z funduszem inwesty-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

cyjnym. Najniższym udziałem charakteryzowały się polisy posagowe zaopatrzenia dzieci oraz ubezpieczenie rentowe. Niespełna jedna dziesiąta zadeklarowała posiadanie ubezpieczenia wypadkowego i chorobowego. Przewaga polis na życie związana była z momentem zawierania umowy, wówczas bowiem na rynku polskim funkcjonowały przede wszystkim tego typu polisy.

Umowy ubezpieczenia na życie, dożycie oraz posagowe zawierane były głównie w PZU Życie, polisy na życie i dożycie w PZU Życie oraz AL, natomiast na życie z funduszem inwestycyjnym w CU (tabela 3.3).

Tabela 3.3. Rodzaj zawartego ubezpieczenia wg towarzystwa ubezpieczeniowego

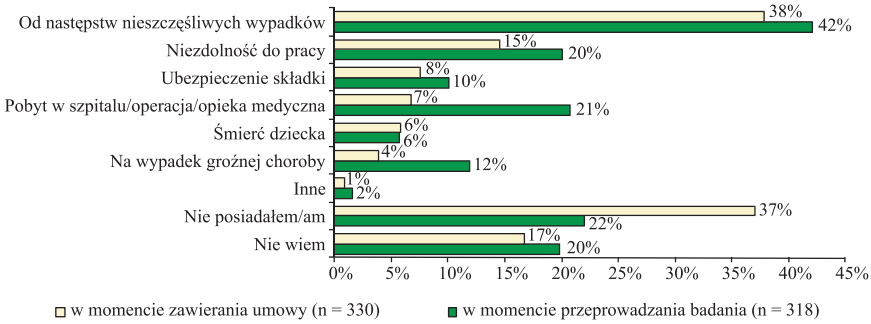
Rok zawartego ubezpieczenia	Nazwa towarzystwa ubezpieczeń na życie				
	CU	AL	PZU Życie	ogółem	
Na życie	26%	12%	62%	138	45%
Na życie i dożycie	27%	35%	38%	86	28%
Na dożycie	0%	33%	67%	6	2%
Posagowe, zaopatrzenia dzieci	6%	28%	67%	18	6%
Na życie z funduszem inwestycyjnym	75%	16%	10%	51	17%
Rentowe	–	–	100%	3	1%
Wypadkowe i chorobowe	35%	31%	35%	26	8%
Ogółem	101	61	147	309	100%
	33%	20%	48%	100%	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

W momencie zawierania umowy ubezpieczenia dodatkowe posiadało 63% ankietowanych, natomiast w momencie przeprowadzania badania już 78%. Najczęściej posiadaną opcją było ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz niezdolności do pracy. Należy zauważyć znaczny przyrost ubezpieczeń związanych z opieką medyczną (tj. pobyt w szpitalu, operacja) oraz na wypadek groźnej choroby. W momencie przeprowadzania badania jedna piąta osób nie wiedziała, jakie posiada opcje dodatkowe (wykres 3.4). Co dziesiąty ankietowany wyraził chęć dokupienia opcji dodatkowych (11%, n = 325).

Znaczna część respondentów (41%) stwierdziła, że agent/broker w sposób obiektywny zaprezentował im dany produkt, tylko 9% było odmiennego zdania, ale aż 51% nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie (n = 328).

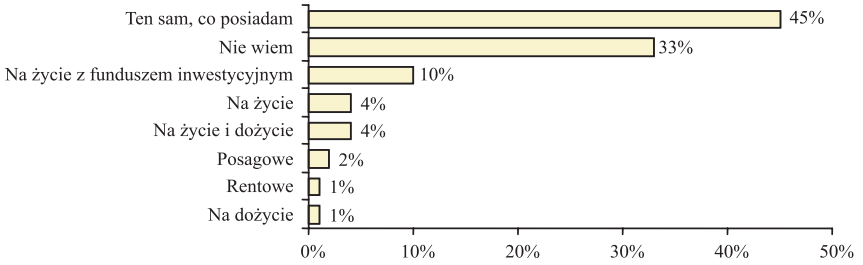
Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932



Wykres 3.4. Opcje dodatkowe w momencie zawierania umowy i w momencie przeprowadzania badania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Gdyby decyzja o wyborze produktu była podejmowana w momencie przeprowadzania badania, większość osób wybrałaby ten sam produkt, co posiada, aż jedna trzecia osób nie wiedziała, jakiego dokonałaby wyboru. Spośród tych, którzy wyrazili chęć zmiany produktu, większość zakupiłaby ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym (wykres 3.5).



Wykres 3.5. Rodzaj wybranego produktu, gdyby decyzja o zakupie była podejmowana w momencie przeprowadzania badania (n = 332)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Jako przyczynę wyboru innego produktu ankietowani podawali przede wszystkim lepsze dopasowanie do ich obecnej sytuacji finansowej (39%) oraz większą elastyczność „nowego" produktu (23%). Co szósty ankietowany (16%) wskazał na lepsze dostosowanie do obecnej sytuacji rodzinnej, 7% na korzystniejszą cenę (tańszy produkt), a 6% – jego występowanie w pakiecie z innym produktem[16].

[16] 6% wskazało odpowiedź „inne", n = 69.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Ponadto większość ankietowanych, nawet gdyby miała taką możliwość, nie zmieniłaby posiadanego produktu (raczej nie – 40%, zdecydowanie nie – 15%), skłonnych do dokonania takiej zmiany było 24% respondentów (n = 307).

W ciągu ostatnich 10 lat 13% osób zdecydowało się na zakup kolejnej umowy ubezpieczenia, z czego 58% w tym samym towarzystwie ubezpieczeniowym (n = 333). Niespełna 4% respondentów zrezygnowało z innej polisy na życie (n = 323). W najbliższej przyszłości większość ankietowanych nie zamierzała zawierać kolejnej umowy ubezpieczenia (63%), a 27% nie wiedziało, jaką podejmie decyzję (7% było zdecydowanych podpisać umowę w innym towarzystwie, a 3% w tym samym, n = 326).

Z aktualnej wartości polisy była zadowolona prawie połowa respondentów (47%; 43% raczej tak, 4% zdecydowanie tak), a jedna piąta nie (6% zdecydowanie nie, 13% raczej nie). Aż 28% nie potrafiło określić stopnia zadowolenia, a 6% nie znało obecnej wartości swojej polisy. Jeden procent ankietowanych odpowiedział, że nie wie, co to jest wartość polisy. Średni stopień zadowolenia wyniósł 3,3 pkt (na 5 pkt, D = 4, n = 320).

Większość ankietowanych uważała, że polisa „raczej" zaspokaja ich potrzeby (45%), tzn. ubezpieczenie jest dostosowane m.in. do ich aktualnych potrzeb finansowych, rodzinnych, a 17% było o tym całkowicie przekonanych. Zaledwie 6% wyrażało zdecydowany brak zaspokojenia potrzeb, natomiast 9% było „raczej niezadowolonych". Blisko jedna czwarta respondentów nie miała zdania na ten temat (23%, n = 316).

W 32% gospodarstw domowych nikt poza ankietowanym nie posiadał polisy na życie. Główną tego przyczyną było zbyt duże obciążenie finansowe (58%, n = 64).

Osobami najczęściej wymienianymi jako uprawnione do odbioru świadczenia w przypadku śmierci były mąż/żona (64%) oraz dzieci (51%), co potwierdza przyczyny zawierania umowy, gdzie jedną z najważniejszych było zabezpieczenie bliskich (n = 306).

Składka i suma ubezpieczenia

Większość ankietowanych opłacała składki miesięcznie (39%), prawie tak samo liczną grupę stanowiły osoby płacące składki kwartalne (38%), znacznie mniejszą część – półroczne (13%) i roczne (9%). Tylko 1% respondentów wybrał składkę jednorazową, a 5,5% ankietowanych dokonywało dodatkowych wpłat poza regularną składką (n = 300).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Blisko połowa ankietowanych (40%) uznała, że ich składka nie była zbyt wysoka, przeciwnego zdania było 23%, a 37% nie miało zdania (n = 303). Średnia składka w momencie przeprowadzania badania osób, które uznały, nie jest ona zbyt wysoka, wyniosła 432 zł, a dla osób, które były zdania, że jest zbyt wysoka – 470 zł.

Mimo że – zgodnie z wcześniej przedstawionymi wynikami, średnia składka przyrosła o 61% – większość ankietowanych uznała, że składka niewiele wzrosła w porównaniu z rokiem zawarcia umowy (48%), 32% stwierdziło, że składka znacznie wzrosła, 15%, że pozostała bez zmian, a 1%, że zmalała (n = 296). Należy tutaj zaznaczyć, że omawiana zmiana wysokości składki jest pojęciem subiektywnym i względnym, zależy m.in. od zamożności klienta, długości okresu posiadania polisy. Dla osób, które uznały, że ich składka niewiele wzrosła, średni wzrost wyniósł 253 zł, a dla osób, które wskazały na wysoki wzrost – 298 zł.

Ankietowani najczęściej jako przyczynę zmiany wysokości składki wymieniali indeksację składki (50% wskazań). Prawie jedna trzecia (30%) wskazała na zmianę sumy ubezpieczenia, 8% dokupiło bądź zrezygnowało z opcji dodatkowych, 3% wprowadziło inną zmianę przewidzianą w umowie. Blisko jedna piąta nie znała przyczyn zmiany wysokości składki (18%, n = 234).

Według większości ankietowanych (41%) składki były dobrze lokowane i przynosiły wystarczające zyski, 20% było odmiennego zdania (n = 301).

Z możliwości zawieszenia opłacania składki skorzystało 8% ankietowanych (n = 327). Główną przyczyną wyboru takiej opcji były trudności finansowe w rodzinie (72%), inne czynniki to: utrata pracy (16%), choroba, zaciągnięcie kredytu (po 4%, n = 25).

Suma ubezpieczenia według 41% respondentów wzrosła proporcjonalnie do składki, 17% uznało, że pozostała bez zmian, a 16% ankietowanych nie wiedziało, jakie zaszły zmiany w wysokości sumy ubezpieczenia. Po 12% stwierdziło, że suma ubezpieczenia zmieniła się w innej proporcji niż składka (mniejszej lub większej), a 2% odpowiedziało, że zmalała (n = 321).

Przed podpisaniem umowy ubezpieczenia 21% ankietowanych zostało zobowiązanych do przeprowadzenia badań lekarskich (n = 329), z czego w 40% przypadków ich wynik miał wpływ na wysokość składki/sumy ubezpieczenia (n = 65). W trakcie trwania umowy ubezpieczenia 11% ubezpieczonych miało obowiązek przeprowadzenia badań (n = 315), w tym większość przypadków była związana z podnoszeniem

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

sumy ubezpieczenia (64%). Inne przyczyny to kolejne umowy ubezpieczenia (17%) i rezygnacja z zawieszenia opłacania składki (11%).

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE

W przypadku 16% ankietowanych co najmniej raz zaistniało zdarzenie ubezpieczeniowe (z czego w 24% więcej niż raz, n = 329). Zdecydowana większość spośród tych osób zgłaszała każdą szkodę i otrzymywała należne świadczenie (85%), część z poszkodowanych tylko w niektórych przypadkach otrzymała odszkodowanie (6%), niespełna 4% zgłosiło szkodę, ale nie otrzymało świadczenia. Tylko 6% poszkodowanych nie zgłosiło zdarzenia ubezpieczeniowego, wymieniając jako główną przyczynę brak czasu (n = 54).

Większość korzystających ze świadczenia była raczej zadowolona z otrzymanego świadczenia (71%) i czasu trwania procedur związanych z wypłatą odszkodowania (64%). Zdecydowanie niezadowolonych i raczej niezadowolonych z otrzymanego świadczenia było łącznie 12%, a z czasu trwania procedur – 17% (średnia wyniosła odpowiednio 3,6 i 3,65 pkt w skali pięciostopniowej, n = 49).

Powyżej jedynie scharakteryzowano zbiorowość osób ubezpieczonych, które wzięły udział w badaniu. W dalszej części pracy zastanie przedstawiona analiza zależności pomiędzy cechami, pozwalająca ustalić, jakie zmienne wpływały na określone zachowanie klientów rynku ubezpieczeń życiowych.

3.3. Czynniki wpływające na decyzje ubezpieczonych na życie w świetle badań empirycznych

3.3.1. Okoliczności towarzyszące podejmowaniu decyzji o ubezpieczeniu oraz źródła informacji o ubezpieczeniach

EKONOMICZNE I SPOŁECZNE CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA DECYZJĘ O ZAWARCIU UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia zawierana była przez respondentów w określonej sytuacji życiowej. Ankietowani decydowali się na ten krok najczęściej w momencie stabilizacji życiowej (60%). Ponad jedna piąta wskazała także poprawę sytuacji finansowej/zawodowej (22%), 6% pogorszenie sytuacji finansowej/zawodowej oraz 6% zmianę sytuacji ro-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

dzinnej, 4% opłacanie składki przez rodziców, 1% przyczyny doraźne. Pięć procent ankietowanych wskazało inne przyczyny, wśród których wymienili m.in.: zmianę pracy, ubezpieczenie się rodziny, wypadek samochodowy (n = 332).

Na **okoliczności towarzyszące podejmowaniu decyzji o ubezpieczeniu** w sposób istotny miał wpływ stan cywilny **w momencie zawierania umowy**, co potwierdził test χ^2.

Przeprowadzona analiza zależności pokazała, że w przypadku osób zamężnych/żonatych większe znaczenie niż dla osób stanu wolnego miała stabilizacja życiowa jako sytuacja, w której decydowali się na zawarcie umowy (67%, 55%). Należy dodać, że w przypadku osób stanu wolnego duże znaczenie miało także opłacanie składek przez rodziców w początkowym okresie trwania umowy (13%)[17].

Ponadto wyraźne zależności zaobserwowano pomiędzy okolicznościami podejmowania decyzji a wiekiem osób przystępujących do ubezpieczenia i ich miejscem zamieszkania.

W każdej grupie wiekowej[18] w momencie zawierania umowy dominującą okolicznością była stabilizacja życiowa, jednak okazała się szczególnie istotna w grupach wiekowych powyżej 40 lat (w ok. 70%). Ponadto w grupie najmłodszej – opłacanie składki przez rodziców (14%), a w najstarszej – pogorszenie sytuacji finansowej/zawodowej (21%)[19].

Stabilizacja życiowa dominowała także bez względu na miejsce zamieszkania w momencie zawierania umowy, przy czym największy odsetek był w dużych miastach i na wsi (68%), a najmniejszy w średnich miastach (50%). Druga w kolejności była poprawa sytuacji finansowej/zawodowej: w średnich i małych miastach po 31%, w dużych 21%, a na wsi 11%[20].

Najczęściej wymienianą **przyczyną skłaniającą do zawarcia umowy** była obawa o przyszłość, w dalszej kolejności zabezpieczenie bliskich oraz otrzymanie renty/emerytury. Przyczyny zawarcia umowy przedstawiono na wykresie 3.6.

Przeprowadzone badania pokazały, że główną przyczyną zawierania umowy ubezpieczenia bez względu na rok zawarcia umowy, stopień zadowolenia z aktualnej wartości polisy oraz sposób lokowania składki była obawa o przyszłość (od 40% do 57%).

---

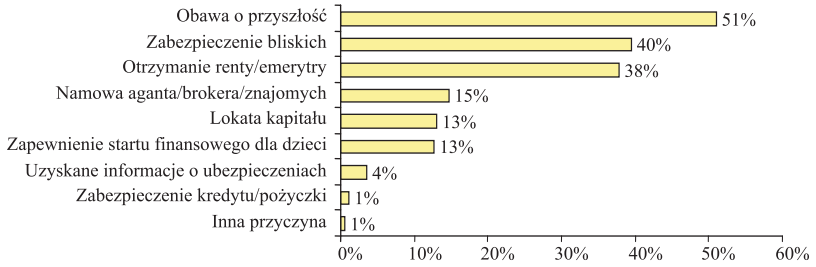
[17] $p = 0{,}001$, $\chi^2 = 23{,}06$, $n = 307$, $\varphi = 0{,}27$, $V = 0{,}27$.

[18] Podział grup wiekowych jak na wykresie 3.1.

[19] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 48{,}29$, $n = 288$, $\varphi = 0{,}41$, $V = 0{,}24$ (!).

[20] $p = 0{,}044$, $\chi^2 = 25{,}50$, $n = 312$, $\varphi = 0{,}29$, $V = 0{,}14$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932



Wykres 3.6. Przyczyny zawarcia umowy ubezpieczenia (n = 331)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

W polisach o najdłuższym stażu trwania, tj. zawartych w latach 1994 i 1995, na drugim miejscu wymieniano zabezpieczenie bliskich (53%, 42%), a na trzecim otrzymanie renty/emerytury (29%, 36%). W dwóch kolejnych latach zmieniła się kolejność tych dwóch czynników. Z każdym rokiem rosło znaczenie renty/emerytury (od 29% do 46%)[21].

Osoby niezadowolone z aktualnej wartości polisy w dalszej kolejności wymieniały otrzymanie renty/emerytury (41%), a respondenci, którzy nie potrafili określić stopnia zadowolenia oraz zadowoleni z wartości polisy, wymieniali zabezpieczenie bliskich (46%, 44%)[22].

Można zauważyć, że wraz ze wzrostem zadowolenia ze sposobu lokowania składki rósł odsetek osób, które zawarły umowę ze względu na lokatę kapitału (od 7% do 21%) oraz otrzymanie renty/emerytury (od 28% do 47%), natomiast malał odsetek osób, które zawarły ubezpieczenie za namową agenta/brokera/znajomych (z 20% do 10%)[23].

Badania potwierdziły także zależność pomiędzy wiekiem ubezpieczonych w momencie zawierania umowy a przyczynami zawarcia umowy[24]. Osoby z kolejnych przedziałów wiekowych do 50 lat na pierwszym miejscu wymieniały obawę o przyszłość (43%, 58%, 56%). Respondenci w wieku do 30 lat równie często wskazywali na zabezpieczenie bliskich (43%). Czynnik ten był też istotny dla osób w wieku 40–50 lat (40%). Dla respondentów w wieku 30–40 lat ważne okazało się otrzymanie renty/emerytury (45%), podobnie dla osób mających więcej niż 50 lat (63%).

---

[21] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 50{,}29$, $n = 320$, $\varphi = 0{,}40$, $V = 0{,}23$ (uwzględniono kolejne lata zawierania umowy od 1994 do 1997).

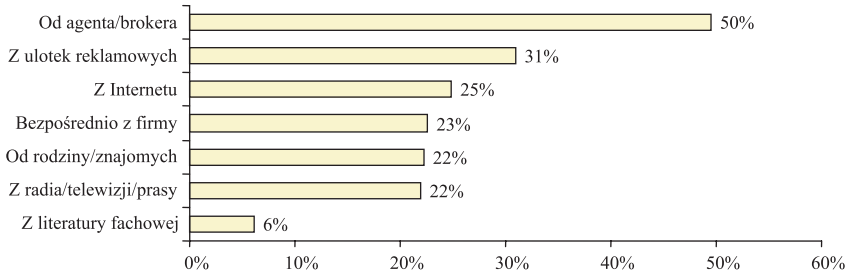
[22] $p = 0{,}021$, $\chi^2 = 26{,}72$, $n = 296$, $\varphi = 0{,}30$, $V = 0{,}21$.

[23] $p = 0{,}001$, $\chi^2 = 36{,}18$, $n = 296$, $\varphi = 0{,}35$, $V = 0{,}25$.

[24] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 50{,}60$, $n = 299$, $\varphi = 0{,}41$, $V = 0{,}24$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Respondenci swoją wiedzę na temat ubezpieczeń na życie pozyskiwali głównie za pośrednictwem agenta/brokera, blisko jedna trzecia z ulotek reklamowych, a jedna czwarta z Internetu. Wyniki przedstawia wykres 3.7.



Wykres 3.7. Źródła wiedzy o ubezpieczeniach na życie (n = 329)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Poniżej omówiono czynniki, które wpłynęły na rodzaj wybranego przez respondenta źródła informacji.

Badania pokazały wyraźną zależność pomiędzy źródłem wiedzy a miesięcznymi wydatkami na ubezpieczenie w momencie przeprowadzania badania. Pomimo że respondenci najczęściej korzystali z pośrednictwa agenta lub brokera, to można zauważyć malejący wraz ze wzrostem wydatków udział osób czerpiących wiedzę bezpośrednio z firmy oraz ulotek reklamowych[25].

Biorąc pod uwagę wiek respondentów, należy podkreślić, że osoby z kolejnych grup wiekowych do 60 lat najczęściej korzystały z pomocy agenta przy uzyskiwaniu informacji o ubezpieczeniach na życie (kolejno: 50%, 49%, 65%, 50%), natomiast blisko połowa osób najstarszych korzystała z ulotek reklamowych (48%). Widoczny jest wyraźny spadek odsetka osób korzystających z Internetu wraz ze wzrostem wieku (do 3% w najstarszej grupie wiekowej)[26].

Osoby zamężne/żonate częściej opierały się na informacjach zaczerpniętych z ulotek reklamowych (33%), natomiast osoby stanu wolnego chętniej korzystały z Internetu (28%)[27].

[25] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 50{,}06$, $n = 286$, $\varphi = 0{,}42$, $V = 0{,}30$.
[26] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 82{,}15$, $n = 312$, $\varphi = 0{,}51$, $V = 0{,}26$.
[27] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 18{,}96$, $n = 317$, $\varphi = 0{,}24$, $V = 0{,}24$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

W miastach głównym źródłem wiedzy był agent/broker (małe miasto – 55%, średnie – 40%, duże – 59%), na wsi korzystano przede wszystkim z ulotek reklamowych (47%)[28]. Natomiast respondenci będący w momencie przeprowadzania badania na emeryturze lub rencie głównie pozyskiwali informacje bezpośrednio z firmy (42%) oraz ulotek reklamowych (37%). Z kolei osoby pracujące zarobkowo/prowadzące działalność gospodarczą korzystały z usług agenta/brokera (57%), a także z Internetu i ulotek reklamowych (po 30%)[29].

Istotna i bardzo wyraźna zależność została także wykazana z oceną własnej wiedzy przez ubezpieczonego. Okazało się, że im wyżej ankietowani oceniali swoją wiedzę w momencie przeprowadzania badania, tym częściej opierali się na informacjach uzyskanych od agenta/brokera (od 26% do 62%), bezpośrednio z firmy (od 14% do 33%), a także z Internetu (od 12% do 31%).

Można również zaobserwować, że wraz ze wzrostem miesięcznego dochodu na osobę w gospodarstwie domowym rósł udział osób korzystających z Internetu jako źródła wiedzy o ubezpieczeniach (od 19% do 35%)[30].

Analiza wykazała bardzo duże znaczenie pośrednika ubezpieczeniowego w zdobywaniu wiedzy przez ubezpieczonego. Przez większość ankietowanych został on uznany jako najważniejsze źródło informacji. Świadczy to o dużym zaufaniu respondentów do „własnego" agenta.

FORMY I CZĘSTOTLIWOŚĆ KONTAKTÓW POMIĘDZY UBEZPIECZONYM A TOWARZYSTWEM UBEZPIECZENIOWYM

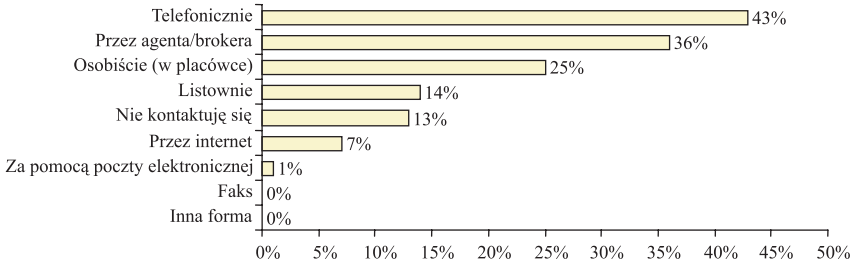
Ankietowani kontaktowali się ze „swoim" towarzystwem ubezpieczeniowym głównie telefonicznie bądź poprzez agenta/brokera (wykres 3.8).

Do czynników ekonomicznych, które wykazały statystycznie istotną zależność z różnymi formami kontaktowania się ubezpieczonego z towarzystwem, należą: miesięczne dochody gospodarstwa domowego na jedną osobę w momencie przeprowadzania badania, zmiana wysokości składki w porównaniu z rokiem zawarcia umowy, stopień zadowolenia z lokowania składki i przynoszonych przez nią zysków.

Przeprowadzona analiza pokazała, że bez względu na dochód na osobę w gospodarstwie domowym najczęściej wybieraną formą kon-

[28] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 63{,}47$, $n = 324$, $\varphi = 0{,}44$, $V = 0{,}26$.
[29] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 129{,}15$, $n = 301$, $\varphi = 0{,}66$, $V = 0{,}66$.
[30] $p = 0{,}062$, $\chi^2 = 31{,}78$, $n = 293$, $\varphi = 0{,}33$, $V = 0{,}23$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932



Wykres 3.8. Sposób kontaktowania się ubezpieczonego z towarzystwem ubezpieczeniowym (n = 326)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

taktu był kontakt telefoniczny i jego udział w kolejnych grupach dochodowych rósł (od 37% do 52%). Wraz ze wzrostem dochodu można zauważyć także rosnące znaczenie kontaktu poprzez agenta/brokera oraz przez Internet, natomiast malejące – kontaktu listownego i osobistego[31].

Podobnie, istotna zależność istniała pomiędzy badaną cechą a zmianą wysokości składki (moment przeprowadzania badania w porównaniu do roku zawarcia umowy – subiektywna opinia respondenta). Osoby, których składka niewiele lub znacznie wzrosła, najczęściej korzystały z kontaktu telefonicznego (47%, 43%). Formę listowną wybierały najczęściej osoby, których składka pozostała bez zmian (15%)[32].

Respondenci zadowoleni ze sposobu lokowania składki częściej korzystali z usług agenta/brokera (55%). Ponad jedna piąta osób, które nie kontaktowały się z towarzystwem, nie była zadowolona ze sposobu lokowania składki (21%)[33].

Analiza wykazała także zależność między formą kontaktowania się a miesięcznymi wydatkami w momencie przeprowadzania badania. Należy tu zauważyć rosnący wraz z wydatkami udział kontaktowania się poprzez agenta/brokera (od 30% do 48%), natomiast malejący – kontaktu listownego (od 16% do 11%)[34].

Analiza danych pokazała, że kolejność doboru różnych form kontaktowania się z towarzystwem ubezpieczeniowym przez mężczyzn i kobiety była taka sama, ale różniła się znacznie wysokością udziału.

[31] $p = 0{,}007$, $\chi^2 = 36{,}06$, $n = 291$, $\varphi = 0{,}35$, $V = 0{,}20$.
[32] $p = 0{,}003$, $\chi^2 = 29{,}84$, $n = 276$, $\varphi = 0{,}33$, $V = 0{,}23$.
[33] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 59{,}84$, $n = 296$, $\varphi = 0{,}45$, $V = 0{,}32$.
[34] $p = 0{,}040$, $\chi^2 = 21{,}79$, $n = 283$, $\varphi = 0{,}28$, $V = 0{,}20$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Mężczyźni chętniej korzystali z kontaktu telefonicznego (49%), natomiast kobiety częściej wskazywały na kontakt osobisty w placówce (30%)[35].

Osoby pracujące zarobkowo kontaktowały się z ubezpieczycielem głównie telefonicznie lub poprzez agenta/brokera (44%), natomiast utrzymujące się z renty/emerytury – osobiście (44%). Wśród ostatniej grupy największy był również odsetek osób niekontaktujących się z towarzystwem (21%)[36].

Analizując wiek respondentów, okazało się, że osoby najmłodsze korzystały najczęściej z kontaktu telefonicznego lub przez agenta/brokera (po 48%), a osoby najstarsze najczęściej wybierały kontakt osobisty (47%), ale w największym stopniu też nie kontaktowały się z towarzystwem (20%). Można zauważyć malejący udział Internetu jako sposobu kontaktowania się wraz ze wzrostem wieku (od 13% do 0%)[37].

Z przeprowadzonej analizy wynika także, że respondenci, którzy zawarli umowę w 1994 r., kontaktowali się z towarzystwem głównie poprzez odwiedzanie placówki (44%). W odniesieniu do wszystkich umów zawartych później dominował kontakt telefoniczny (odpowiednio w kolejnych latach: 43%, 38%, 49%). Największy odsetek respondentów niekontaktujących się z firmą był wśród osób, które zawarły umowę w 1995 r. (21%)[38].

Silna zależność została ustalona pomiędzy sposobem kontaktowania się a konkretnym towarzystwem. Osoby ubezpieczone w CU kontaktowały się głównie poprzez agenta/brokera (60%) oraz telefonicznie (47%). Dominującym sposobem kontaktowania się z AL i PZU Życie był telefon (35%, 42%) oraz odwiedziny w placówce (27%, 38%)[39].

Osoby, które oceniły nisko lub przeciętnie pracę agenta ubezpieczeniowego (w momencie przeprowadzania badania), kontaktowały się z towarzystwem ubezpieczeniowym głównie telefonicznie (36%, 48%) bądź osobiście (27%, 29%), a respondenci, którzy ocenili pracę agenta wysoko, najczęściej za jego pośrednictwem kontaktowali się z towarzystwem (51%). Respondenci, którzy nisko sklasyfikowali pracę agenta,

---

[35] $p = 0{,}011$, $\chi^2 = 16{,}47$, $n = 321$, $\varphi = 0{,}23$, $V = 0{,}23$.

[36] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 85{,}59$, $n = 300$, $\varphi = 0{,}53$, $V = 0{,}53$.

[37] $p = 0{,}008$, $\chi^2 = 43{,}88$, $n = 311$, $\varphi = 0{,}38$, $V = 0{,}19$ (!). Respondenci z przedziałów wiekowych 30–40 lat oraz 50–60 najczęściej kontaktowali się telefonicznie (po 43%), a ubezpieczeni w wieku 40–50 lat opierali swój kontakt na agencie/brokerze (49%).

[38] $p = 0{,}036$, $\chi^2 = 30{,}16$, $n = 315$, $\varphi = 0{,}31$, $V = 0{,}18$.

[39] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 86{,}54$, $n = 305$, $\varphi = 0{,}53$, $V = 0{,}38$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

często w ogóle nie kontaktowali się z ubezpieczycielem (25%). Wraz ze wzrostem oceny pracy agenta rósł udział formy kontaktowania się poprzez agenta/brokera[40]. Analogicznie, osoby wyrażające (subiektywne) zadowolenie z kontaktów z agentem kontaktowały się z zakładem ubezpieczeń poprzez agenta, a osoby niezadowolone głównie telefonicznie[41].

Należy także zauważyć, że największy odsetek osób niekontaktujących się z ubezpieczycielem był wśród ubezpieczonych, którzy nisko ocenili obsługę klienta[42] (29%) i częstotliwość kontaktów towarzystwa z ubezpieczonym[43] (19%) w momencie przeprowadzania badania.

Analiza wykazała także zależność sposobu kontaktowania się z oceną obecnej lokalizacji placówki. Jeżeli oceniano ją wysoko, to dominował kontakt osobisty (47%), a jeżeli nisko lub przeciętnie – telefoniczny (42%). Wraz ze wzrostem oceny lokalizacji rósł udział odwiedzin osobistych[44].

Za najważniejszy sposób kontaktowania się z towarzystwem ubezpieczeniowym ankietowani uznali agenta/brokera (51% wskazań). Na kolejnych miejscach znalazły się: telefon (30%), list tradycyjny (18%), Internet (7%), kontakt osobisty w placówce (5%), poczta elektroniczna (3%, n = 319).

Poniżej przedstawiono najważniejsze zależności dotyczące **preferowanych metod kontaktowania się pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczycielem**.

Wśród czynników ekonomicznych wykazano zależność z miesięcznymi wydatkami na ubezpieczenie (w momencie przeprowadzania badania). Za najważniejszą formę kontaktowania się w każdej grupie wydatków uznano agenta/brokera, przy czym największy był udział w grupie wydatków 200–400 zł (79%). Można zauważyć malejące znaczenie listu tradycyjnego w kolejnych grupach wydatków, natomiast rosnące Internetu[45].

Osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym na pierwszym miejscu postawiły kontakt telefoniczny (37%). Natomiast osoby z wyższych grup wykształcenia za najważniejszy uznały kontakt poprzez agenta/brokera[46].

---

[40] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 52{,}92$, $n = 291$, $\varphi = 0{,}43$, $V = 0{,}30$.
[41] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 46{,}35$, $n = 295$, $\varphi = 0{,}40$, $V = 0{,}28$.
[42] $p = 0{,}001$, $\chi^2 = 34{,}01$, $n = 295$, $\varphi = 0{,}34$, $V = 0{,}24$.
[43] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 42{,}61$, $n = 292$, $\varphi = 0{,}38$, $V = 0{,}27$.
[44] $p = 0{,}030$, $\chi^2 = 22{,}77$, $n = 161$, $\varphi = 0{,}38$, $V = 0{,}27$ (!).
[45] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 36{,}19$, $n = 275$, $\varphi = 0{,}36$, $V = 0{,}27$ (!).
[46] $p = 0{,}001$, $\chi^2 = 46{,}54$, $n = 306$, $\varphi = 0{,}39$, $V = 0{,}23$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Osoby najstarsze (powyżej 60 lat) na pierwszym miejscu postawiły list tradycyjny (45%), w przeciwieństwie do osób młodszych, które najczęściej wskazywały na kontakt poprzez agenta/brokera[47].

Uzupełniając powyższą analizę, należy dodać, że większość ankietowanych była raczej zadowolona z kontaktów ze swoim agentem (34%). Jednak duży odsetek stanowili również ci, którzy „raczej" nie byli zadowoleni z tych kontaktów – 18%. Zdecydowanie zadowolonych było 20%, a niezadowolonych 9% (n = 302).

Z kolei towarzystwo ubezpieczeniowe kontaktowało się z ubezpieczonym głównie listownie (51% wskazań) oraz przez agenta/brokera (43%), a także telefonicznie (29%), tylko 4% wskazało na pocztę elektroniczną, a 1% faks[48].

Z ubezpieczonymi w wieku do 60 lat zakłady ubezpieczeń kontaktowały się głównie listownie, a także poprzez agenta/brokera, natomiast z osobami powyżej 60 lat zdecydowanie dominował kontakt listowny (93%)[49].

Każde z towarzystw, które zostało uwzględnione w badaniu, w różny sposób kontaktowało się z klientami ze względu na różne formy dystrybucji produktów przyjęte przez te zakłady. Commercial Union robiło to głównie poprzez agenta/brokera (57%), AL i PZU Życie wybierały najczęściej kontakt listowny (55%, 57%). W ponad jednej trzeciej przypadków AL korzystało z agenta/brokera, a PZU Życie z kontaktu telefonicznego[50].

CZĘSTOTLIWOŚĆ KONTAKTÓW TOWARZYSTWA UBEZPIECZENIOWEGO Z UBEZPIECZONYM

Większość ankietowanych stwierdziła, że towarzystwo ubezpieczeniowe kontaktowało się z nimi raz do roku (40%), ponad jedna piąta wskazała na częstszy kontakt (4% – raz na miesiąc, 5% – raz na kwartał, 12% – raz na pół roku), a 11% – rzadszy. Aż jedna piąta odpowiedziała, że towarzystwo się z nimi nie kontaktuje (n = 330).

Ankietowani rzadko odwiedzali placówkę swojego ubezpieczyciela: 45% w ogóle, 23% rzadziej niż raz do roku, a 18% co najmniej raz do roku (n = 327).

---

[47] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 62{,}99$, $n = 301$, $\varphi = 0{,}46$, $V = 0{,}23$ (!).

[48] 1% osób wskazał na odpowiedź „inna forma", n = 263.

[49] $p = 0{,}010$, $\chi^2 = 31{,}91$, $n = 250$, $\varphi = 0{,}36$, $V = 0{,}21$ (!).

[50] $p = 0{,}001$, $\chi^2 = 25{,}33$, $n = 244$, $\varphi = 0{,}32$, $V = 0{,}23$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Analiza zależności pokazała, że wraz ze wzrostem wysokości płaconej składki (w momencie przeprowadzania badania) rósł odsetek osób, z którymi towarzystwo się kontaktowało co najmniej raz w roku (raz w roku: od 20% do 59%; częściej niż raz w roku od 17% do 24%)[51].

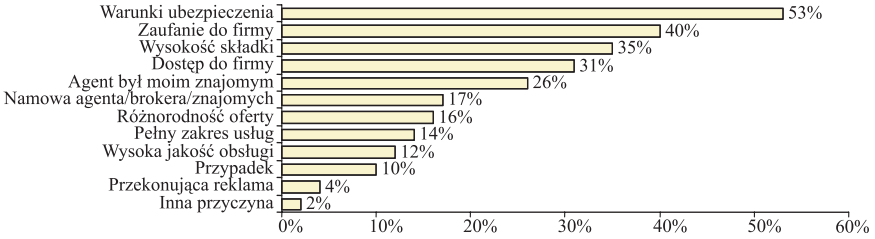
W każdej grupie, w której respondenci wskazali na kontakt ze strony towarzystwa częstszy niż raz do roku, oceniono obsługę klienta wysoko (27%), jeżeli raz do roku – przeciętnie i wysoko (41%, 42%), rzadszy niż raz do roku lub brak kontaktu – nisko (20%, 29%)[52].

Podobnie została oceniona częstotliwość kontaktowania się towarzystwa z ubezpieczonym (w momencie przeprowadzania badania). Rosło zadowolenie, jeżeli zakład kontaktował się raz do roku (z 34% do 45%) lub częściej (z 9% do 31%), natomiast malało, jeżeli rzadziej niż raz do roku (z 18% do 10%) lub wcale (z 32% do 8%)[53].

3.3.2. Ekonomiczne i społeczne determinanty wyboru ubezpieczyciela i produktu ubezpieczeniowego

PRZYCZYNY WYBORU TOWARZYSTWA I STOPIEŃ ZADOWOLENIA Z USŁUG UBEZPIECZYCIELA

Ankietowani, wybierając towarzystwo ubezpieczeniowe, kierowali się głównie warunkami ubezpieczenia, zaufaniem do firmy oraz wysokością składki (wykres 3.9).



Wykres 3.9. Przyczyny wyboru towarzystwa ubezpieczeniowego (n = 334)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Dalej omówiono statystycznie istotne zależności z przyczynami wyboru towarzystwa ubezpieczeniowego.

---

[51] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 53{,}63$, $n = 289$, $\varphi = 0{,}43$, $V = 0{,}30$.

[52] $p = 0{,}028$, $\chi^2 = 17{,}23$, $n = 300$, $\varphi = 0{,}24$, $V = 0{,}17$.

[53] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 32{,}35$, $n = 297$, $\varphi = 0{,}33$, $V = 0{,}23$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Przeprowadzona analiza zależności pokazała, że bez względu na przyjętą podstawę podziału główną przyczyną wyboru towarzystwa były warunki ubezpieczenia.

Biorąc pod uwagę obecny dochód na jedną osobę w gospodarstwie, należy zauważyć, że wraz z jego wzrostem rosło znaczenie takich czynników jak warunki ubezpieczenia, zakresu usług, namowa przez agenta/brokera/znajomych, natomiast malało znaczenie różnorodności oferty i wysokości składki. Największy odsetek osób, które wybrały towarzystwo przez przypadek, pochodził z najniższej grupy dochodowej[54].

Dla osób najmłodszych oprócz warunków ubezpieczenia istotna była wysokość składki (39%), dla respondentów w wieku 30–40 lat zaufanie do firmy (37%), 40–50 lat i powyżej dostęp do firmy (41%, 56%). Ponadto wraz ze wzrostem wieku ankietowanych rosło znaczenie warunków ubezpieczenia, dostępu oraz zaufania do firmy, natomiast malało znaczenie różnorodności oferty i znajomości z agentem[55].

Dla ubezpieczonych z wykształceniem wyższym i średnim ważne było zaufanie do firmy (39%, 41%), a dla ankietowanych o wykształceniu policealnym i niepełnym wyższym wysokość składki i znajomość z agentem (po 37%). Osoby o wykształceniu zasadniczym zawodowym wymieniały zaufanie i wysokość składki (po 53%)[56].

Bardzo wyraźną zależność wykazano także pomiędzy badanymi przyczynami wyboru towarzystwa a czasem trwania umowy. Osoby, które zawarły umowę w 1994 r., na pierwszym miejscu postawiły dostęp do firmy (56%) i warunki ubezpieczenia (55%); w pozostałych latach najważniejsze były warunki ubezpieczenia, ale także zaufanie do firmy[57].

Analizując przyczynę wyboru danego towarzystwa, należy podkreślić, że CU i PZU Życie były wybierane ze względu na warunki ubezpieczenia (62%, 55%), a AL ze względu na znajomość z agentem (48%). W przypadku PZU Życie duże znaczenie miało także zaufanie do firmy (54%)[58].

Ponadto z przeprowadzonej analizy zależności wynika, że osoby, które nie były zadowolone z kontaktów z agentem w momencie przeprowadzania badania, wybierając przed laty towarzystwo, kierowały

---

[54] $p = 0{,}044$, $\chi^2 = 34{,}42$, $n = 274$, $\varphi = 0{,}35$, $V = 0{,}25$.
[55] $p = 0{,}009$, $\chi^2 = 55{,}46$, $n = 301$, $\varphi = 0{,}43$, $V = 0{,}25$.
[56] $p = 0{,}016$, $\chi^2 = 52{,}85$, $n = 322$, $\varphi = 0{,}41$, $V = 0{,}23$.
[57] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 79{,}55$, $n = 322$, $\varphi = 0{,}50$, $V = 0{,}29$.
[58] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 161{,}67$, $n = 151$, $C = 0{,}72$, $V = 0{,}73$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

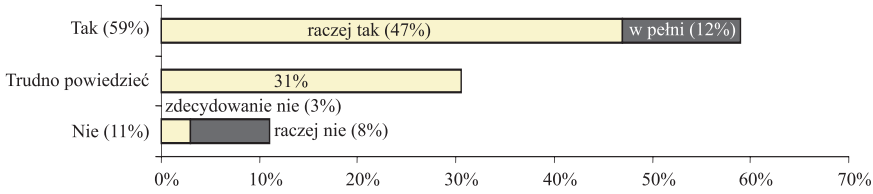
się znajomością z agentem (41%), dopiero w dalszej kolejności brały pod uwagę warunki ubezpieczenia (35%). W tej grupie blisko jedna piąta osób wybrała towarzystwo, kierując się przypadkiem (19%)[59].

Respondenci, którzy byli zadowoleni z pracy agenta lub wystawili ocenę przeciętną, opierali się głównie na warunkach ubezpieczenia. Z kolei osoby, które w momencie przeprowadzania badania oceniały pracę agenta nisko, dokonując wyboru towarzystwa, kierowały się znajomością z agentem (51%)[60].

Ubezpieczeni nisko oceniający obsługę klienta w momencie zawierania umowy, wybierając towarzystwo, koncentrowali uwagę przede wszystkim na zaufaniu do firmy (56%), a ankietowani, którzy ocenili obsługę przeciętnie lub wysoko, brali pod uwagę warunki ubezpieczenia (53%, 55%)[61].

STOPIEŃ ZADOWOLENIA Z USŁUG WYBRANEGO UBEZPIECZYCIELA

Wśród ankietowanych dominowały osoby zadowolone z usług wybranego ubezpieczyciela, jednak blisko jedna trzecia nie potrafiła określić stopnia zadowolenia, a co dziesiąta osoba była niezadowolona. Średnia ocena stopnia zadowolenia (mierzona na skali pięciostopniowej) wyniosła 3,58 pkt. Najczęściej jednak wystawiano ocenę 4 (raczej zadowolony). Wyniki przedstawia wykres 3.10.



Wykres 3.10. Stopień zadowolenia z usług wybranego ubezpieczyciela (n = 330)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Dalej zaprezentowano najważniejsze czynniki ekonomiczne i społeczne mające istotny wpływ na stopień zadowolenia z usług wybranego ubezpieczyciela.

---

[59] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 80{,}45$, $n = 299$, $\varphi = 0{,}52$, $V = 0{,}37$.

[60] W momencie zawierania umowy: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 68{,}91$, $n = 296$, $\varphi = 0{,}48$, $V = 0{,}34$; w momencie przeprowadzania badania: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 112{,}99$, $n = 294$, $\varphi = 0{,}62$, $V = 0{,}44$.

[61] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 60{,}41$, $n = 305$, $\varphi = 0{,}45$, $V = 0{,}31$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Z przeprowadzonej analizy wynika, że w każdej grupie wydatków dominowały osoby zadowolone z usług ubezpieczyciela, przy czym im niższa była składka, tym większy odsetek stanowiły osoby zadowolone[62].

Respondenci zadowoleni z aktualnej wartości polisy w zdecydowanej większości byli też zadowoleni z ubezpieczyciela (85%), z kolei osoby niezadowolone nie potrafiły jednoznacznie opowiedzieć się na temat zadowolenia z usług ubezpieczyciela (37%)[63].

Wśród czynników społecznych istotna zależność została wykazana pomiędzy stopniem zadowolenia z usług wybranego ubezpieczyciela a statusem zawodowym w momencie przeprowadzania badania. Respondenci pracujący na własny rachunek, najemnie w sektorze państwowym lub prywatnym oraz emeryci/renciści w większości byli zadowoleni z wybranego ubezpieczyciela (65%, 62%, 57%, 54%). Wśród rolników oraz emerytów/rencistów był znaczy odsetek osób, które nie potrafiły określić stopnia zadowolenia (58%, 42%)[64].

Ponadto okazało się, że osoby zadowolone z wybranego ubezpieczyciela, dokonując jego wyboru, kierowały się przede wszystkim warunkami ubezpieczenia (66%) oraz zaufaniem do firmy (46%). Natomiast respondenci, którzy nie byli zadowoleni z wybranego towarzystwa ubezpieczeniowego, kierowali się przy jego wyborze dostępem do firmy (38%), warunkami ubezpieczenia (34%), znajomością z agentem (31%) oraz w znacznym stopniu przypadkiem (28%)[65].

Przeprowadzona analiza pokazała, że im większe było zadowolenie z kontaktów z agentem i jego pracy, tym większe było zadowolenie z usług wybranego ubezpieczyciela. Najwyższy odsetek osób zadowolonych z usług ubezpieczyciela był wśród respondentów, według których praca agenta w momencie przeprowadzania badania pozostała na tym samym poziomie jak w momencie zawierania umowy (66%). Z kolei najwyższy odsetek osób niezadowolonych z wybranego towarzystwa był wśród ankietowanych niżej oceniających pracę agenta w momencie przeprowadzania badania (22%)[66]. Podobnie osoby, które

---

[62] $p = 0{,}032$, $\chi^2 = 10{,}59$, $n = 291$, $\varphi = 0{,}19$, $V = 0{,}13$.

[63] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 97{,}51$, $n = 296$, $\varphi = 0{,}57$, $V = 0{,}41$.

[64] $p = 0{,}052$, $\chi^2 = 18{,}18$, $n = 311$, $\varphi = 0{,}24$, $V = 0{,}17$.

[65] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 119{,}94$, $n = 327$, $\varphi = 0{,}61$, $V = 0{,}43$.

[66] Stopień zadowolenia z kontaktów z agentem: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 55{,}59$, $n = 298$, $\varphi = 0{,}43$, $V = 0{,}31$; zmiana oceny pracy agenta ubezpieczeniowego: $p = 0{,}008$, $\chi^2 = 13{,}91$, $n = 291$, $\varphi = 0{,}22$, $V = 0{,}15$; ocena pracy agenta ubezpieczeniowego: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 39{,}18$, $n = 292$, $\varphi = 0{,}37$, $V = 0{,}26$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

wysoko oceniły obsługę klienta, były zadowolone z wybranego ubezpieczyciela (71%)[67].

Widoczny był również wzrost udziału osób zadowolonych z usług ubezpieczyciela wraz ze wzrostem oceny częstotliwości kontaktowania się towarzystwa z ubezpieczonym[68].

MOTYWY WYBORU KONKRETNEGO PRODUKTU UBEZPIECZENIOWEGO

Ankietowani najczęściej decydowali się na zakup produktu ubezpieczeniowego, który był najlepiej dopasowany do ich potrzeb (35%). Jednak blisko jedna trzecia została namówiona przez agenta/brokera na wybór danego produktu ubezpieczeniowego (32%). Wśród innych przyczyn respondenci wskazali na wybór takiego samego produktu co znajomi/rodzina (12%) lub najtańszego produktu (8%). Co dziesiąta osoba (11%) nie potrafiła odpowiedzieć, dlaczego wybrała dany produkt (n = 332).

Przeprowadzona ocena zależności wykazała, że osoby, które nisko oceniły obsługę klienta, wybrały produkt głównie za namową agenta/brokera (38%) bądź pod wpływem rodziny/znajomych (23%). Natomiast prawie połowa ankietowanych wysoko oceniających obsługę klienta kierowała się jak najlepszym dopasowaniem produktu do potrzeb (48%). Można zauważyć rosnący wraz ze wzrostem oceny obsługi klienta, a także częstotliwości kontaktowania się towarzystwa z ubezpieczonym, udział osób kierujących się dopasowaniem produktu do potrzeb oraz malejący odsetek osób kierujących się wyborem znajomych/rodziny[69].

Ustalono także zależność badanej cechy z wykształceniem ankietowanych. Osoby z wykształceniem wyższym przede wszystkim wybierały produkt najlepiej dopasowany do ich potrzeb (47%), natomiast znaczna część ankietowanych o wykształceniu zasadniczym zawodowym nie potrafiła wskazać przyczyn wyboru danego produktu (27%), pozostali wskazywali na namowę agenta/brokera (39%, 36%). Można zauważyć, że wraz ze wzrostem wykształcenia rósł udział osób wybierających produkt najlepiej dopasowany do potrzeb, natomiast malał odsetek osób wybierających produkt najtańszy[70].

---

[67] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 39{,}61$, $n = 298$, $\varphi = 0{,}36$, $V = 0{,}26$.

[68] $p = 0{,}006$, $\chi^2 = 14{,}33$, $n = 295$, $\varphi = 0{,}22$, $V = 0{,}16$.

[69] Ocena obsługi klienta: $p = 0{,}001$, $\chi^2 = 27{,}27$, $n = 304$, $\varphi = 0{,}30$, $V = 0{,}21$; ocena częstotliwości kontaktowania się TU z ubezpieczonym: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 32{,}41$, $n = 293$, $\varphi = 0{,}33$, $V = 0{,}24$.

[70] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 41{,}09$, $n = 320$, $\varphi = 0{,}36$, $V = 0{,}21$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Z kolei osoby z najmłodszej grupy wiekowej oraz w wieku 40–50 lat wybierały przede wszystkim produkt najlepiej dopasowany do ich potrzeb (39%). Z przedziału wiekowego 30–40 lat najwięcej osób stwierdziło, że zostali namówieni przez agenta/brokera na wybór danego produktu (42%). Aż 37% ankietowanych z najstarszej grupy (powyżej 50 lat) nie potrafiło wskazać przyczyny wyboru produktu[71].

DECYZJA O ZMIANIE WYBRANEGO PRODUKTU LUB JEGO KONTYNUACJI

Zdecydowana większość respondentów wyraziła chęć kontynuowania zawartej umowy ubezpieczenia (tj.78%; z czego 23% – zdecydowanie tak, 55% – raczej tak), a 12% nie potrafiło określić, czy zamierza zrezygnować z polisy (n = 325).

Przeprowadzona analiza pokazała, że dominującą grupę wśród respondentów, którzy zamierzali kontynuować umowę, stanowiły osoby o najniższych wydatkach na ubezpieczenie w momencie przeprowadzania badania (45%) i ich udział malał w kolejnych grupach wydatków (do 23%). Natomiast osoby, które chciały zrezygnować, należały w większości do grupy o najwyższych wydatkach (52%)[72].

Wśród osób, które zamierzały kontynuować umowę, przeważali respondenci, których zdaniem polisa nie była zbyt droga (45%) oraz osoby, które uważały, że polisa zaspokaja ich potrzeby (67%), a respondenci, którzy wyrazili chęć rezygnacji w większości nie potrafili określić, czy ich ubezpieczenie jest zbyt drogie (59%) i czy polisa zaspokaja ich potrzeby (53%)[73].

Osoby, które stwierdziły, że nie będą rezygnować z polisy – w momencie zawierania umowy w większości miały 30–50 lat (dwie grupy wiekowe odpowiednio: 35%, 31%). Natomiast respondenci, którzy wyrazili chęć rezygnacji, decydując się na zawarcie umowy, byli głównie w grupie wiekowej 40–50 lat (61%). Najwięcej osób niezdecydowanych pochodziło z grupy wiekowej 30–40 lat (48%)[74].

Przeprowadzona analiza wykazała ponadto, że ankietowani, którzy zamierzali kontynuować posiadaną polisę, w większości decydowali się na nią, ponieważ była najlepiej dopasowana do ich potrzeb (38%).

---

[71] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 43{,}82$, $n = 300$, $\varphi = 0{,}38$, $V = 0{,}19$ (!).

[72] $p = 0{,}040$, $\chi^2 = 10{,}05$, $n = 284$, $\varphi = 0{,}19$, $V = 0{,}13$.

[73] „Uważam, że moje ubezpieczenie jest zbyt drogie”: $p = 0{,}007$, $\chi^2 = 14{,}17$, $n = 296$, $\varphi = 0{,}22$, $V = 0{,}15$. „Posiadana polisa zaspokaja moje potrzeby”: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 25{,}86$, $n = 307$, $\varphi = 0{,}29$, $V = 0{,}21$.

[74] $p = 0{,}007$, $\chi^2 = 17{,}67$, $n = 296$, $\varphi = 0{,}24$, $V = 0{,}18$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Natomiast osoby, które planowały zrezygnować z polisy, w 57% zostali namówieni na dany produkt przez agenta/brokera, a jedna piąta spośród nich zdecydowała się na produkt, który wybrali znajomi/rodzina. Tylko 13% wybrało ubezpieczenie najlepiej dopasowane do potrzeb[75].

Ankietowani, którzy zamierzali kontynuować zawarte ubezpieczenie, wybierali towarzystwo, biorąc pod uwagę przede wszystkim warunki ubezpieczenia (57%). Natomiast respondenci, którzy wyrazili chęć rezygnacji z polisy, zwracali uwagę przy jej wyborze na dostęp do firmy (59%)[76].

Blisko połowa osób, które nie były zadowolone z usług towarzystwa ubezpieczeniowego, wyraziły chęć rezygnacji z posiadanej polisy (45%) i w miarę wzrostu zadowolenia z usług ubezpieczyciela malał odsetek respondentów, którzy przejawiali chęć rezygnacji[77].

Respondenci, którzy wyrazili chęć rezygnacji z polisy, w zdecydowanej większości byli niezadowoleni z kontaktów z agentem (69%)[78], a informacje o ubezpieczeniu czerpali od rodziny/znajomych (57%)[79]. Z kolei osoby, które zamierzały kontynuować umowę, były zadowolone z kontaktów z pośrednikiem (58%) i wiedzę o ubezpieczeniach czerpały głównie od niego (49%).

Osoby, które nie zamierzały rezygnować z polisy, w większości bez zmian pozostawiły ocenę dla jakości usługi, pracy agenta, obsługi klienta, częstotliwości kontaktowania się towarzystwa z ubezpieczonym, porównując moment przeprowadzania badania i zawierania umowy (53%, 53%, 54%, 61%). Natomiast osoby, które zamierzały zrezygnować, przyznały wyższe oceny analizowanym czynnikom (55%, 55%, 57%, 55%)[80]. Zatem wyższa ocena wystawiona przez ubezpieczonego nie oznaczała, że jest on zdecydowany pozostać przy wybranej polisie[81].

Ankietowani zamierzający kontynuować umowę, oceniając jakość usługi ubezpieczeniowej, zwracali uwagę na profesjonalne doradztwo

---

[75] $p = 0{,}023$, $\chi^2 = 17{,}79$, $n = 322$, $\varphi = 0{,}24$, $V = 0{,}17$ (!).

[76] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 70{,}57$, $n = 322$, $\varphi = 0{,}47$, $V = 0{,}33$ (!).

[77] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 70{,}79$, $n = 321$, $\varphi = 0{,}47$, $V = 0{,}33$ (!).

[78] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 29{,}96$, $n = 294$, $\varphi = 0{,}32$, $V = 0{,}23$.

[79] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 44{,}64$, $n = 317$, $\varphi = 0{,}38$, $V = 0{,}27$.

[80] Ocena: jakości usługi ubezpieczeniowej: $p = 0{,}046$, $\chi^2 = 9{,}70$, $n = 286$, $\varphi = 0{,}18$, $V = 0{,}13$; pracy agenta: $p = 0{,}009$, $\chi^2 = 13{,}59$, $n = 287$, $\varphi = 0{,}22$, $V = 0{,}15$; obsługi klienta: $p = 0{,}022$, $\chi^2 = 11{,}49$, $n = 290$, $\varphi = 0{,}20$, $V = 0{,}14$; częstotliwości kontaktowania się towarzystwa z ubezpieczonym: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 20{,}53$, $n = 287$, $\varphi = 0{,}27$, $V = 0{,}19$.

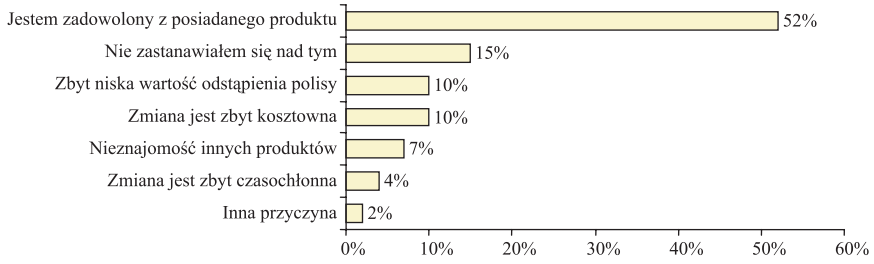
[81] Przyczyny rezygnacji zostaną omówione w dalszej części pracy.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

(49%) oraz zakres oferowanych usług (29%). Natomiast jedna trzecia osób, które zamierzały zrezygnować, wskazała na wysokość składki[82].

PRZYCZYNY KONTYNUOWANIA ZAWARTEJ UMOWY UBEZPIECZENIA ŻYCIOWEGO

Ponad połowa ankietowanych wskazała, że główną przyczyną pozostania przy wybranej polisie było zadowolenie z posiadanego produktu, 15% nie zastanawiało się nad tym, a co dziesiąta osoba uznała, że była zbyt niska wartość odstąpienia polisy lub zmiana byłaby zbyt kosztowna (wykres 3.11).



Wykres 3.11. Przyczyny kontynuowania zawartej umowy ubezpieczenia (n = 244)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Czynniki, które istotnie wpływały na przyczynę pozostania przy wybranej polisie, przedstawiono poniżej.

Osoby stanu wolnego zdecydowane były kontynuować umowę ubezpieczenia głównie ze względu na zadowolenie z posiadanego produktu (41%), ale prawie jedna trzecia nie zastanawiała się nad powodem utrzymywania aktualnej polisy (31%). Osoby pozostające w związkach małżeńskich także najczęściej wskazywały zadowolenie z posiadanej polisy (57%), a ponad jedna piąta uznała, że zmiana byłaby zbyt kosztowna/czasochłonna (22%)[83].

Ponadto okazało się, że wraz ze wzrostem stopnia zadowolenia z kontaktów z agentem rósł odsetek osób zadowolonych z posiadanego produktu[84].

Osoby, które uznały, że ich ubezpieczenie było zbyt drogie, tylko w jednej trzeciej zdecydowały się pozostać przy wybranym produkcie,

[82] $p = 0{,}001$, $\chi^2 = 23{,}71$, $n = 202$, $\varphi = 0{,}34$, $V = 0{,}24$ (!).
[83] $p = 0{,}09$, $\chi^2 = 11{,}55$, $n = 229$, $\varphi = 0{,}22$, $V = 0{,}22$.
[84] $p = 0{,}015$, $\chi^2 = 15{,}85$, $n = 211$, $\varphi = 0{,}27$, $V = 0{,}19$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

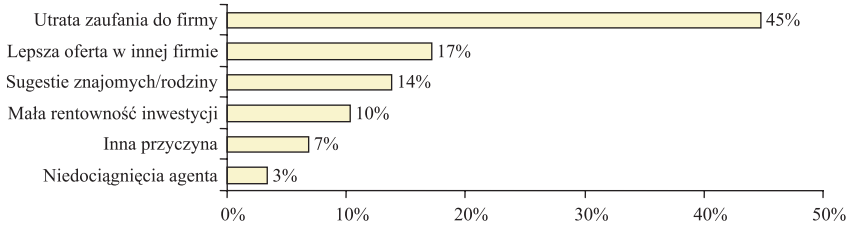
gdyż były z niego zadowolone (31%). Ponad połowa wskazała na inne przyczyny, z czego głównie nieznajomość innych produktów (29%)[85].

Respondenci zadowoleni z posiadanego produktu jako przyczynę zawarcia umowy wskazywali najczęściej obawę o przyszłość (59%), natomiast ankietowani, którzy zdecydowali się pozostać mimo niezadowolenia, wskazywali głównie na zabezpieczenie bliskich (50%)[86].

Respondenci, którzy zostali przy wybranej umowie, ponieważ byli z niej zadowoleni, decydując się na dany produkt, wybrali najbardziej dopasowany do ich potrzeb (54%), a osoby, które zdecydowały się kontynuować umowę z innych przyczyn, w pierwszej kolejności wskazały na namowę agenta/brokera (35%)[87]. Ankietowani, którzy uznali, że polisa zaspokaja ich potrzeby, w większości byli zadowoleni z posiadanego produktu (64%)[88].

PRZYCZYNY ZAMIARU ROZWIĄZANIA UMOWY UBEZPIECZENIA ŻYCIOWEGO

Zamiar rezygnacji z posiadanej polisy zgłosiło tylko 9% ankietowanych, z czego 1% był na to zdecydowany (n = 30). Najczęściej wymienianą przyczyną chęci rezygnacji z polisy była utrata zaufania do firmy (wykres 3.12).



Wykres 3.12. Przyczyny rezygnacji z zawartej umowy ubezpieczenia (n = 29)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Ze względu na bardzo małą liczebność poszczególnych kategorii, nie przeprowadzono pełnej analizy korelacji, a jedynie zaprezentowano kilka istotnych uwag odnoszących się do najczęściej wymienianej przyczyny chęci rezygnacji z polisy.

---

[85] $p = 0{,}006$, $\chi^2 = 18{,}11$, $n = 212$, $\varphi = 0{,}30$, $V = 0{,}20$.
[86] $p = 0{,}001$, $\chi^2 = 47{,}89$, $n = 233$, $\varphi = 0{,}45$, $V = 0{,}26$ (!).
[87] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 39{,}11$, $n = 235$, $\varphi = 0{,}41$, $V = 0{,}24$ (!).
[88] $p = 0{,}005$, $\chi^2 = 18{,}77$, $n = 223$, $\varphi = 0{,}29$, $V = 0{,}21$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Utrata zaufania do firmy przeważała wśród osób, które posiadały ubezpieczenie na życie (92%) oraz zawarły ubezpieczenie w 1995 r. (46%), nie były zadowolone z aktualnej wartości polisy (100%), a także nie potrafiły określić stopnia zadowolenia ze sposobu lokowania składki (85%). Dominowali tu mężczyźni (62%), osoby w związkach małżeńskich (92%), w wieku 50–60 lat (92%), z rodzin trzyosobowych (46%), pracownicy najemni sektora państwowego (39%). Ponadto osoby te uznały, że poprawiła się w czasie trwania umowy jakość usługi ubezpieczeniowej (69%), praca agenta ubezpieczeniowego (85%), obsługa klienta (85%), częstotliwość kontaktowania się towarzystwa z ubezpieczonym (85%), natomiast bez zmian pozostała ocena: zakresu oferowanych usług (77%), lokalizacji (50%) i czasu otwarcia placówki (83%). Zatem utrata zaufania była na tyle silnym bodźcem wpływającym na chęć rezygnacji z polisy, że nawet pozytywna ocena niektórych czynników nie była w stanie przekonać ubezpieczonego do kontynuowania umowy.

CZYNNIKI DECYDUJĄCE O JAKOŚCI PRODUKTU UBEZPIECZENIOWEGO Z PUNKTU WIDZENIA KLIENTA

Respondenci zostali także poproszeni o wskazanie trzech (nadając im kolejność) najważniejszych czynników uwzględnianych przy ocenie jakości usługi ubezpieczeniowej.

Jako najważniejszy czynnik ankietowani wskazywali profesjonalne doradztwo, a następnie zakres oferowanych usług, atrakcyjną wysokość świadczeń i odszkodowań, wysokość składki ubezpieczeniowej.

Na drugim miejscu znalazły się następujące czynniki: wysokość składki ubezpieczeniowej, zakres oferowanych usług, szybkość i sprawność obsługi, życzliwość obsługi.

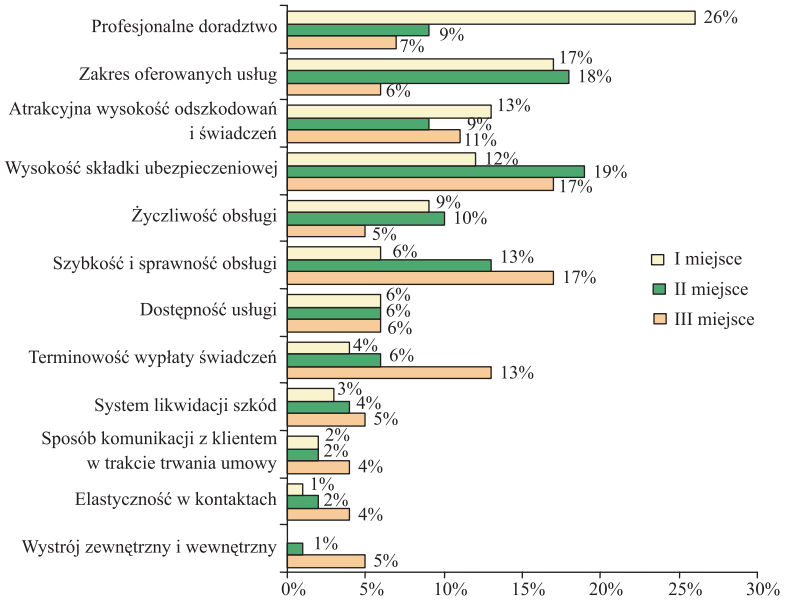
Jako trzeci co do ważności czynnik ankietowani wymieniali: szybkość i sprawność obsługi oraz wysokość składki ubezpieczeniowej, terminowość wypłaty świadczeń, atrakcyjną wysokość świadczeń i odszkodowań[89] (wykres 3.13).

Analiza zależności dotyczących jakości produktu ubezpieczeniowego została ograniczona do czynników uznanych przez ankietowanych za najważniejsze (profesjonalne doradztwo, zakres oferowanych usług, atrakcyjna wysokość odszkodowań i świadczeń oraz wysokość składki ubezpieczeniowej).

---

[89] Pytanie wielokrotnego wyboru, $n_I = 424$, $n_{II} = 252$, $n_{III} = 256$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932



Wykres 3.13. Czynniki decydujące o ocenie jakości ubezpieczeniowej

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Przeprowadzona analiza wykazała, że dla większości grup w każdej z kategorii najważniejsze było profesjonalne doradztwo (od 37% do 54%[90]). Większe różnice dotyczyły pozostałych czynników decydujących o jakości.

Osoby o najniższych miesięcznych wydatkach na ubezpieczenie w momencie przeprowadzania badania jako drugi co do ważności czynnik wskazały wysokość składki ubezpieczeniowej (27%). Dla ankietowanych, których wydatki pochodziły z przedziału 100–200 zł istotny był zakres oferowanych usług (35%), a dla klasy najwyższej – atrakcyjna wysokość odszkodowań i świadczeń (27%)[91].

Osoby, których sytuacja finansowa poprawiła się w porównaniu z sytuacją sprzed 10 lat, za ważny czynnik uznały atrakcyjną wysokość odszkodowań i świadczeń (24%). Dla osób, których sytuacja materialna nie zmieniła się lub pogorszyła, istotny był zakres oferowanych usług (33%, 24%)[92].

---

[90] 37% – w grupie osób płacących składki w wysokości do 100 zł; 57% – w grupie osób, które wskazały, że ich składka pozostała bez zmian.

[91] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 26{,}33$, $n = 179$, $\varphi = 0{,}38$, $V = 0{,}27$.

[92] $p = 0{,}039$, $\chi^2 = 13{,}25$, $n = 189$, $\varphi = 0{,}26$, $V = 0{,}19$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Bardzo wyraźna i istotna zależność została wykazana z wykształceniem. Im wyższe wykształcenie posiadali ankietowani, tym większe znaczenie miało profesjonalne doradztwo, natomiast mniejsze – wysokość składki ubezpieczeniowej[93].

Profesjonalne doradztwo zostało uznane za najistotniejszy czynnik przy ocenie jakości ubezpieczeniowej. Zatem po raz kolejny wyniki zwracają uwagę na rolę agenta, który jest głównym doradcą w przypadku ubezpieczeń na życie. Mniejsze znaczenie przyznano czynnikom ekonomicznym, tj. wysokości składki i odszkodowania.

ŁĄCZNA OCENA WYSTAWIONA PRZEZ ANKIETOWANEGO DLA JAKOŚCI OBSŁUGI, ZAKRESU USŁUG, OBSŁUGI KLIENTA, PRACY AGENTA, CZĘSTOTLIWOŚCI KONTAKTOWANIA SIĘ

Ankietowani zostali poproszeni o ocenę posiadanego produktu i jego obsługi, odnosząc się do dwóch momentów: zawierania umowy i wypełniania ankiety na pięciostopniowej skali (od 1 do 5), gdzie wynik najwyższy oznaczał ocenę bardzo wysoką. Wyniki zostały opisane poniżej.

Jakość usługi ubezpieczeniowej została oceniona na średnim poziomie wynoszącym 3,28 pkt w momencie zawierania umowy i 3,4 pkt – w momencie przeprowadzania badania. Mediana i dominanta pozostały bez zmian (3 pkt), przy czym więcej było osób, które oceniały jakość usługi niżej niż przeciętnie (asymetria prawostronna).

Średnia ocena dla **zakresu oferowanych usług** wyniosła 3,26 pkt pierwotnie, natomiast w momencie przeprowadzania badania wynosiła 3,56 pkt. Dominującą oceną w obu okresach była „przeciętna" (3 pkt), wartość mediany wzrosła z 3 do 4 pkt. Asymetria prawostronna informuje, że więcej było osób oceniających zakres oferowanych usług niżej niż średnia.

Ocena **pracy agenta ubezpieczeniowego** uzyskała średni wynik 3,4 pkt i pozostała bez zmian, jeśli porównamy oba momenty, ale mediana i dominanta wzrosły z 3 do 4 pkt. Asymetria wskazuje, że w momencie zawierania umowy więcej było osób, które oceniały pracę agenta niżej niż średnia, natomiast w momencie przeprowadzania badania – wyżej niż średnia. Należy jednak zauważyć przyrost oceny nie tylko bardzo wysokiej, ale również bardzo niskiej.

Obsługa klienta również została oceniona wyżej w momencie przeprowadzania badania niż w momencie zwierania umowy (nieznaczny

[93] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 51{,}16$, $n = 204$, $\varphi = 0{,}50$, $V = 0{,}29$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

wzrost średniej z 3,4 do 3,5 pkt). Mediana i dominanta wzrosły z 3 do 4 pkt. Zbiorowość pod względem tej cechy charakteryzowała się w momencie przeprowadzania badania większym udziałem osób, które wystawiły ocenę wyższą niż średnia (odmiennie niż w momencie zawarcia umowy).

Ocena **częstotliwości kontaktowania się towarzystwa ubezpieczeniowego z ubezpieczonym** z momentu przeprowadzania badania pozostała bez większych zmian w porównaniu do momentu zawierania umowy (wszystkie miary średnie uzyskały 3 pkt, rozkład symetryczny).

Lokalizacja i **czas otwarcia placówki** zostały ocenione wyżej w momencie przeprowadzania badania, średnia dla lokalizacji wzrosła z 3,3 do 3,5 pkt, a dla czasu otwarcia 3,4 do 3,6 pkt, mediana i dominanta w każdym przypadku wynosiły 3 pkt. W obu przypadkach było więcej osób, które oceniały obie cechy na poziomie niższym niż średnia.

Znaczny wzrost średniej można zauważyć przy ocenie **własnej wiedzy przez ubezpieczonego**: z poziomu 2,7 do 3,3 (Me = D = 3). W momencie zawierania umowy więcej było osób, które oceniały swoją wiedzę wyżej niż średnia, a w momencie przeprowadzania badania niżej niż średnia (wykres 3.14).

Dla ustalenia ogólnej oceny omówionych wyżej cech punkty wystawione przez ankietowanych zostały zsumowane, a następnie pogrupowane w trzy przedziały ocen: niska, przeciętna, wysoka, przyjmując rozpiętość przedziału 7 pkt przy minimalnej wielkości 5 pkt i maksymalnej 25 pkt[94]. W ten sposób każdemu ankietowanemu przyporządkowano dwie oceny, tj. dla momentu zawierania umowy i momentu przeprowadzania badania.

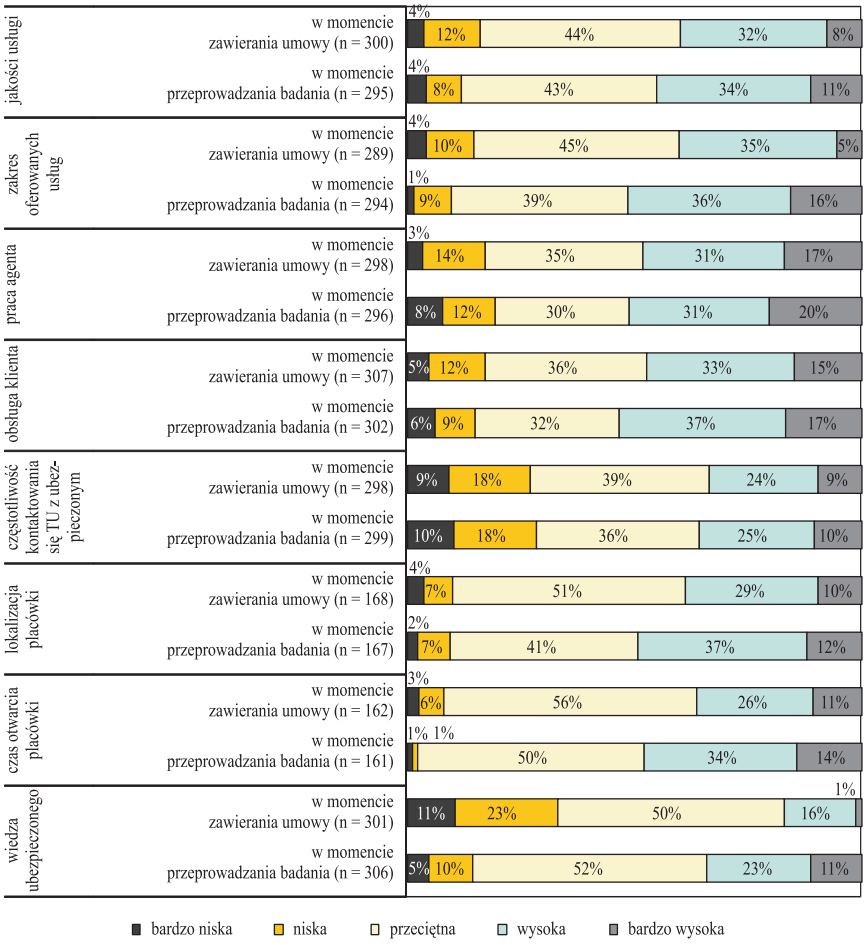
Okazało się, że w obu badanych okresach dominowała ocena przeciętna. W momencie zawierania umowy 13% ankietowanych wystawiło łączną ocenę niską (w momencie przeprowadzania badania było takich osób mniej). Ponad jedna trzecia respondentów wysoko oceniła towarzystwo i produkt w momencie przeprowadzania badania. Uzyskany rozkład częstości przedstawia wykres 3.15.

Ustalono, przedstawione dalej, istotne statystycznie zależności pomiędzy łączną oceną dla towarzystwa i produktu a wiekiem ubezpieczonych, miejscem zamieszkania i przyczynami wyboru ubezpieczyciela.

---

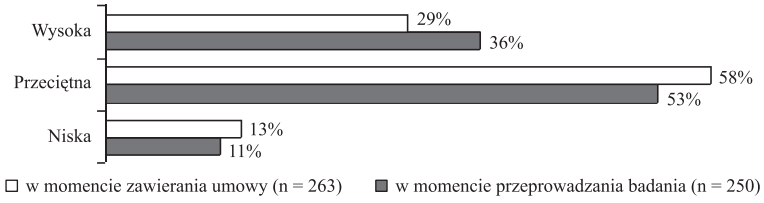
[94] W analizie pominięto czas otwarcia i lokalizację placówki ze względu na bardzo dużą liczbę braków odpowiedzi, tj. 50%.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932


jakości usługi
w momencie zawierania umowy (n = 300)
4% 12% 44% 32% 8%
w momencie przeprowadzania badania (n = 295)
4% 8% 43% 34% 11%
zakres oferowanych usług
w momencie zawierania umowy (n = 289)
4% 10% 45% 35% 5%
w momencie przeprowadzania badania (n = 294)
1% 9% 39% 36% 16%
praca agenta
w momencie zawierania umowy (n = 298)
3% 14% 35% 31% 17%
w momencie przeprowadzania badania (n = 296)
8% 12% 30% 31% 20%
obsługa klienta
w momencie zawierania umowy (n = 307)
5% 12% 36% 33% 15%
w momencie przeprowadzania badania (n = 302)
6% 9% 32% 37% 17%
częstotliwość kontaktowania się TU z ubezpieczonym
w momencie zawierania umowy (n = 298)
9% 18% 39% 24% 9%
w momencie przeprowadzania badania (n = 299)
10% 18% 36% 25% 10%
lokalizacja placówki
w momencie zawierania umowy (n = 168)
4% 7% 51% 29% 10%
w momencie przeprowadzania badania (n = 167)
2% 7% 41% 37% 12%
czas otwarcia placówki
w momencie zawierania umowy (n = 162)
3% 6% 56% 26% 11%
w momencie przeprowadzania badania (n = 161)
1% 1% 50% 34% 14%
wiedza ubezpieczonego
w momencie zawierania umowy (n = 301)
1% 11% 23% 50% 16%
w momencie przeprowadzania badania (n = 306)
5% 10% 52% 23% 11%
bardzo niska
niska
przeciętna
wysoka
bardzo wysoka

Wykres 3.14. Oceny wystawione przez ankietowanych w momencie zawierania umowy i przeprowadzania badania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.



Wykres 3.15. Łączna ocena w momencie zawierania umowy i przeprowadzania badania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

W każdej grupie wiekowej dominowała ocena przeciętna, a jej udział rósł wraz z wiekiem. Z kolei wraz ze wzrostem wieku malał odsetek osób oceniających wysoko towarzystwo i produkt. Osoby, które w momencie zawierania umowy miały ponad 50 lat, wystawiały w momencie przeprowadzania badania głównie oceny przeciętne (61%). W grupie wiekowej do 30 lat oraz 40–50 lat zmniejszyła się liczba osób wystawiających ocenę niską i przeciętną, natomiast wzrósł odsetek wystawiających ocenę wysoką. Podobnie w grupie 30–40 lat wzrosła liczba osób wystawiających ocenę wysoką[95].

Ponadto osoby mieszkające w momencie przeprowadzania badania w dużych miastach wystawiały najczęściej ocenę wysoką (46%). W pozostałych grupach według miejsca zamieszkania dominowały oceny średnie[96].

Analiza wykazała także, że respondenci, którzy w momencie przeprowadzania badania wystawili ocenę niską, wybrali towarzystwo ubezpieczeniowe, kierując się przede wszystkim znajomością z agentem (52%)[97].

3.3.3. Czynniki determinujące znajomość posiadanego produktu przez ubezpieczonego

RODZAJ WYBRANEGO PRODUKTU ORAZ UMÓW DODATKOWYCH A OCZEKIWANE ŚWIADCZENIA

Wśród ankietowanych zdecydowanie przeważały osoby, które posiadały typowe ubezpieczenie na życie (75%), a 17% było właścicielami polis na życie z funduszem inwestycyjnym, co jest związane z ówczesną strukturą sprzedaży produktów życiowych na rynku.

Test χ^2 potwierdził istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy **rodzajem zawartego ubezpieczenia** a miesięcznym dochodem na jedną osobę w gospodarstwie domowym w momencie zawierania umowy. Osoby z przedziału dochodowego do 700 zł wybierały przede wszystkim ubezpieczenia na życie (88%). Ankietowani z kolejnych

---

[95] Wiek w momencie podpisania umowy: $p = 0{,}043$, $\chi^2 = 13{,}01$, $n = 243$, $\varphi = 0{,}23$, $V = 0{,}16$; wiek respondentów (w momencie przeprowadzania badania): $p = 0{,}024$, $\chi^2 = 14{,}53$, $n = 240$, $\varphi = 0{,}25$, $V = 0{,}17$.

[96] Miejsce zamieszkania: w momencie zawierania umowy: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 35{,}13$, $n = 262$, $\varphi = 0{,}37$, $V = 0{,}26$; w momencie przeprowadzania badania: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 34{,}80$, $n = 249$, $\varphi = 0{,}37$, $V = 0{,}26$.

[97] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 92{,}55$, $n = 248$, $\varphi = 0{,}61$, $V = 0{,}43$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

przedziałów dochodowych także w przeważającej części byli właścicielami ubezpieczenia na życie (64%, 68%), ale znacznie większy był tu odsetek osób posiadających ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym (29%, 30%)[98].

Ponadto wraz ze wzrostem wykształcenia malał odsetek osób posiadających ubezpieczenie na życie, natomiast rósł – właścicieli polis na życie z funduszem inwestycyjnym[99]. Ten ostatni rodzaj ubezpieczenia dominował także wśród pracowników sektora prywatnego (27%) oraz osób pracujących na własny rachunek (24%)[100].

Bez względu na rok zawarcia umowy przeważały polisy na życie, jednak widoczna była tendencja malejąca. W kolejnych latach rósł udział polis na życie z funduszem inwestycyjnym (od 10% do 24%)[101].

W większości ankietowani, bez względu na rodzaj posiadanego ubezpieczenia, odpowiadali, że polisa zaspokaja ich potrzeby, przy czym najwyższy odsetek był wśród właścicieli ubezpieczeń na życie z funduszem inwestycyjnym (75%), a najniższy – ubezpieczeń na życie (58%)[102]. Chęć zmiany produktu najczęściej wyrażali posiadacze polis posagowych (44%), natomiast najwyższy odsetek ankietowanych odmiennego zdania był wśród osób, które zakupiły ubezpieczenie na życie z funduszem inwestycyjnym (70%)[103].

Znaczna część ankietowanych oprócz umowy podstawowej posiadała także **umowy dodatkowe**, tzw. opcje. Poniżej opisano zależności między opcjami dodatkowymi, zarówno w momencie zawierania umowy, jak i w momencie przeprowadzania badania, a innymi czynnikami.

Analiza pokazała, że w każdej z grup bez względu na przyjęty czynnik podziału, dominowało ubezpieczenie NNW. Zatem w opisie korelacji skoncentrowano się na pozostałych opcjach dodatkowych.

Analizując miesięczne wydatki na ubezpieczenie, należy zauważyć, że wraz ze wzrostem składki rósł udział osób posiadających NP (od 5% do 37%)[104].

Wśród osób, których sytuacja finansowa poprawiła się w porównaniu z sytuacją sprzed 10 lat, wzrósł odsetek posiadanych różnych opcji dodatkowych – największy w przypadku opieki medycznej (o 24%) i na

---

[98] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 21{,}97$, $n = 260$, $\varphi = 0{,}29$, $V = 0{,}21$.
[99] $p = 0{,}007$, $\chi^2 = 17{,}62$, $n = 307$, $\varphi = 0{,}24$, $V = 0{,}17$ (!).
[100] $p = 0{,}052$, $\chi^2 = 18{,}17$, $n = 282$, $\varphi = 0{,}25$, $V = 0{,}18$ (!).
[101] $p = 0{,}044$, $\chi^2 = 12{,}95$, $n = 307$, $\varphi = 0{,}21$, $V = 0{,}15$ (!).
[102] $p = 0{,}032$, $\chi^2 = 10{,}54$, $n = 300$, $\varphi = 0{,}19$, $V = 0{,}13$ (!).
[103] $p = 0{,}031$, $\chi^2 = 10{,}66$, $n = 291$, $\varphi = 0{,}19$, $V = 0{,}14$ (!).
[104] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 63{,}28$, $n = 283$, $\varphi = 0{,}47$, $V = 0{,}33$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

wypadek groźnej choroby oraz NP (o 11%). Osoby, których sytuacja finansowa nie zmieniła się, także zwiększyli liczbę posiadanych opcji dodatkowych, przy czym największy wzrost dotyczył NNW (o 9%). Respondenci, których sytuacja materialna pogorszyła się, zmniejszyli swój udział w opcjach, bądź pozostał on bez zmian. W każdej z grup wzrosła liczba osób, które nie znały posiadanych opcji dodatkowych[105].

Porównując moment zawarcia umowy i wypełniania ankiety pod względem stanu cywilnego, można zauważyć znaczny przyrost liczby osób posiadających US i OM wśród ankietowanych stanu wolnego (z 5% do 12%, z 5% do 17%), a OM i GCH wśród zamężnych/żonatych (z 7% do 22%, z 3% do 11%)[106].

Biorąc pod uwagę wykształcenie, widoczny jest znaczny przyrost udziału OM w każdej z grup. Wśród osób z wykształceniem policealnym i niepełnym wyższym był największy odsetek nieposiadających opcji dodatkowych w momencie zawierania umowy (50%), a najmniejszy wśród respondentów z wykształceniem wyższym (28%). W momencie przeprowadzania badania średnio o 16% zmniejszyła się liczba osób nieposiadających opcji (w każdej grupie wykształcenia)[107].

W momencie przeprowadzania badania, wśród klientów AL i PZU Życie, najczęściej posiadaną opcją było NNW (53%, 39%), a w CU – NP (39%). W momencie zawierania umowy w każdym towarzystwie dominowało NNW. Ponadto posiadacze polis w CU i PZU Życie dokupili w trakcie trwania umowy opcję OM (+26%, +9%), a w AL – GCH (+15%)[108].

Biorąc pod uwagę rodzaj posiadanego ubezpieczenia, najwięcej opcji dodatkowych w momencie zawierania umowy posiadali ubezpieczeni na życie z funduszem inwestycyjnym (70%)[109].

---

[105] W momencie przeprowadzania badania wynosiła od 15% do 34%. Opcje w momencie przeprowadzania badania*:* $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 67{,}61$, $n = 278$, $\varphi = 0{,}49$, $V = 0{,}35$; opcje posiadane w momencie zawierania umowy a zmiana sytuacji finansowej: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 43{,}29$, $n = 288$, $\varphi = 0{,}39$, $V = 0{,}27$ (!).

[106] Stan cywilny a opcje dodatkowe w momencie zawierania umowy: $p = 0{,}032$, $\chi^2 = 16{,}81$, $n = 321$, $\varphi = 0{,}23$, $V = 0{,}23$; stan cywilny a opcje dodatkowe w momencie przeprowadzania badania: $p = 0{,}044$, $\chi^2 = 15{,}90$, $n = 307$, $\varphi = 0{,}23$, $V = 0{,}23$.

[107] Opcje w momencie przeprowadzania badania a wykształcenie: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 99{,}75$, $n = 307$, $\varphi = 0{,}57$, $V = 0{,}33$; opcje w momencie zawierania umowy a wykształcenie: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 93{,}62$, $n = 319$, $\varphi = 0{,}54$, $V = 0{,}31$ (!).

[108] Opcje w momencie przeprowadzania badania a TU: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 113{,}30$, $n = 297$, $\varphi = 0{,}62$, $V = 0{,}44$; opcje posiadane w momencie zawierania umowy a TU: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 61{,}50$, $n = 309$, $\varphi = 0{,}45$, $V = 0{,}32$ (!).

[109] $p = 0{,}010$, $\chi^2 = 31{,}87$, $n = 310$, $\varphi = 0{,}32$, $V = 0{,}23$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Analizując wiek ubezpieczonych należy zauważyć, że największą część, która nie posiadała opcji dodatkowych w momencie zawierania umowy, stanowiły osoby w wieku 40–50 lat i powyżej 50 lat (45%, 42%), przy czym w przypadku pierwszej grupy nastąpił spadek o 20%, a w przypadku drugiej – tylko o 6% (względem momentu zawierania umowy). Zwiększył się udział opcji OM głównie w grupie osób, które zawierając umowę, miały 30–40 lat (o 21%) oraz GCH w grupie wiekowej 40–50 lat (o 14%). Najstarsza grupa ankietowanych w największym stopniu nie znała posiadanych opcji (35% w momencie zawierania umowy, 26% w momencie przeprowadzania badania)[110].

Porównując stan posiadania umów dodatkowych w dwóch momentach, zawierania umowy i przeprowadzania badania, należy zauważyć zwiększenie ogólnej liczby posiadanych opcji dodatkowych, w tym głównie związanych z opieką medyczną i zdrowiem. Niepokojący jest fakt, że wiele osób nie znało posiadanych opcji dodatkowych.

Po przeanalizowaniu posiadanych przez ubezpieczonych opcji dodatkowych, ważnym problemem, na jaki należy zwrócić uwagę, jest znajomość przysługujących ubezpieczonemu **świadczeń** (wskazanych przez samego ubezpieczonego). Niestety często posiadany rodzaj ubezpieczenia wraz z opcjami dodatkowymi wskazany przez respondentów nie pokrywa się ze świadczeniami, których oczekiwali. Wskazuje to na małą znajomość posiadanego produktu i niską świadomość ubezpieczeniową. Z tytułu umowy podstawowej – w zależności od rodzaju – przysługuje wypłata świadczenia w przypadku dożycia i/lub śmierci ubezpieczonego. Pozostałe wynikają z zawartych umów dodatkowych.

Większość ankietowanych wskazała, że posiadana umowa ubezpieczenia zobowiązuje towarzystwo do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci, w dalszej kolejności emerytalne i z tytułu kalectwa. Wyniki przedstawia wykres 3.16.

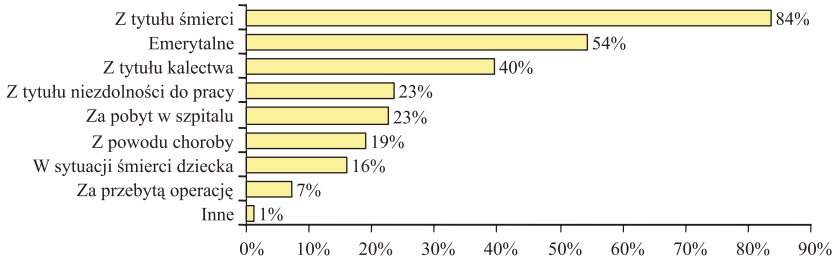
Świadczenie w odniesieniu do umowy podstawowej[111]. Świadczenie z tytułu śmierci przysługuje z większości ubezpieczeń (wyjątek stanowi ubezpieczenie na dożycie), jednak nie wszyscy wskazali tę możliwość (np. 20% spośród osób ubezpieczonych na życie z funduszem inwestycyjnym). Podobnie nie było pełnej zgodności w stosunku

---

[110] Wiek a opcje w momencie zwierania umowy: $p = 0{,}002$, $\chi^2 = 49{,}71$, $n = 301$, $\varphi = 0{,}41$, $V = 0{,}23$ (!); wiek w momencie zwierania umowy a opcje w momencie przeprowadzania badania: $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 68{,}78$, $n = 291$, $\varphi = 0{,}49$, $V = 0{,}28$ (!).

[111] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 35{,}44$, $n = 292$, $\varphi = 0{,}35$, $V = 0{,}35$, w analizie wzięto pod uwagę tylko świadczenie tzw. emerytalne oraz z tytułu śmierci.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932



Wykres 3.16. Świadczenia przysługujące z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych (n = 324).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

do świadczenia emerytalnego (np. przez 40% osób posiadających ubezpieczenie na dożycie nie zostało ono wskazane).

Świadczenia w odniesieniu do opcji dodatkowych[112]. Respondenci, którzy zaznaczyli odpowiedź, że nie posiadają opcji dodatkowych wśród należnych im świadczeń wskazali: z tytułu kalectwa (22%), śmierci dziecka (10%), z powodu choroby (10%), za pobyt w szpitalu (7%).

Z tytułu NNW może zostać wypłacone świadczenie w przypadku śmierci w wyniku NW lub z tytułu kalectwa w wyniku NW. Jednak nie wszystkie osoby posiadające tę opcję wskazały na należne świadczenie z tytułu śmierci (89%) czy z tytułu kalectwa (60%). Dwie trzecie ankietowanych, którzy posiadali opcję NP, wskazało, że otrzymają świadczenie z tytułu niezdolności do pracy, a ankietowani, którzy wskazali, że należy im się świadczenie z tytułu NP, tylko w 56% zaznaczyli, że posiadają taką opcję.

Respondenci, którzy posiadali opcję OM w 22% wskazali, że będzie im przysługiwało świadczenie za przebytą operację, i w 62% za pobyt w szpitalu. Niespełna połowa ankietowanych (45%), którzy posiadali opcję GCH, wskazała, że otrzymają świadczenie z tego tytułu.

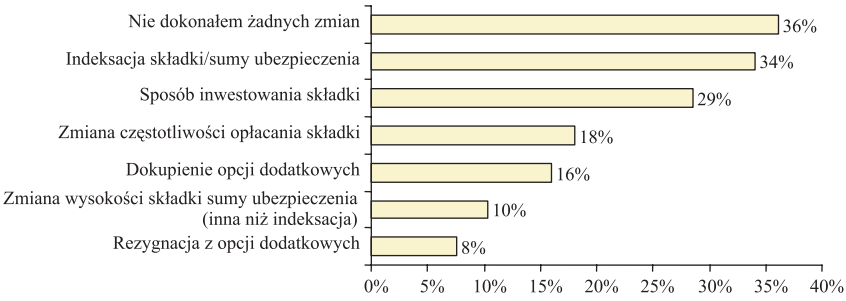
Widoczne są zatem znaczne rozbieżności pomiędzy tym, jaki produkt ubezpieczeni posiadają, a oczekiwanymi przez nich świadczeniami. Przede wszystkim należy zauważyć znaczne niedoszacowanie wielkości dotyczących należnych świadczeń (przyjmując, że właściwie zostały zaznaczone posiadane opcje).

[112] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 395{,}99$, $n = 280$, $C = 0{,}76$, $V = 0{,}49$ (!), nie wzięto pod uwagę świadczenia emerytalnego (uwzględniono wcześniej) oraz US – nie należy do świadczeń pieniężnych.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Możliwość dokonywania zmian w umowie ubezpieczenia jest ściśle związana z rodzajem posiadanego produktu.

Blisko połowa ankietowanych stwierdziła, że miała możliwość wprowadzania zmian w posiadanej polisie (48%). Jednak ponad jedna trzecia spośród nich nie skorzystała z tego wariantu (36%). Pozostałe osoby najczęściej przeprowadzały indeksację składki/sumy ubezpieczenia i zmieniały sposób inwestowania składki. Jedna piąta odpowiedziała, że nie może wprowadzić zmian, a 30% nie wiedziało, czy ma możliwość dokonywania modyfikacji w zawartej umowie (wykres 3.17).



Wykres 3.17. Zmiany dokonane w posiadanej umowie ubezpieczenia (n = 144).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Największy odsetek osób, które nie posiadały wiedzy na temat możliwości dokonywania zmian, był wśród respondentów ubezpieczonych na życie (33%), najmniejszy – na życie z funduszem inwestycyjnym (9%). Im była „młodsza polisa", tym mniejszy był odsetek osób, które nie wiedziały, czy można dokonywać zmian w zawartej umowie ubezpieczenia (od 22% do 40%). Biorąc pod uwagę wiek, największa część osób niezorientowanych co do możliwości dokonywania zmian była wśród najstarszej grupy wiekowej powyżej 60 lat (55%), a najmniejsza wśród osób w wieku 40–50 lat (23%). Wraz ze wzrostem wykształcenia ankietowanych malał odsetek osób nieznających możliwości wprowadzania zmian w umowie (od 37% do 24%).

STRUKTURA ZMIAN DOKONANYCH W UMOWIE UBEZPIECZENIA ŻYCIOWEGO

Analiza wykazała istnienie istotnej statystycznie i silnej zależności pomiędzy dotychczas dokonanymi zmianami w umowie a miesięcz-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

nymi wydatkami w momencie przeprowadzania badania. Blisko jedna piąta osób uiszczających najniższe składki, tj. do 100 zł, zmieniła częstotliwość ich opłacania (19%). W kolejnych grupach wydatków ankietowani najczęściej przeprowadzali indeksację składki (43%, 57%) oraz zmieniali sposób inwestowania składki (27%, 52%). Wraz ze wzrostem wydatków można zauważyć malejący odsetek osób, które nie zdecydowały się na zmiany, natomiast rosnący wśród osób dokonujących indeksacji składki/sumy ubezpieczenia, zmieniających sposób inwestowania składki oraz wysokość składki/sumy ubezpieczenia[113].

Osoby z wykształceniem wyższym najczęściej dokonywały indeksacji składki (44%), z wykształceniem policealnym i niepełnym wyższym w równym stopniu indeksowali składkę/sumę ubezpieczenia oraz zmieniali sposób inwestowania składki (po 32%), z wykształceniem średnim głównie zmieniali częstotliwość opłacania składki (28%), a także indeksowali składkę/sumę ubezpieczenia (26%). Natomiast osoby o wykształceniu zasadniczym zawodowym, najczęściej wprowadzali zmianę częstotliwości opłacania składki (15%)[114].

Analizując liczbę osób w rodzinie w momencie przeprowadzania badania, należy zauważyć, że wraz ze wzrostem liczebności rodziny malał odsetek osób, które nie dokonywały zmian, natomiast rósł udział respondentów, którzy indeksowali składkę/sumę ubezpieczenia (z 19% do 51%), a także dokupywali opcje dodatkowe (z 6% do 21%)[115].

Ponad jedna trzecia ankietowanych nie dokonała żadnych zmian w swojej polisie, mimo że taką możliwość posiadała.

STOPIEŃ ZNAJOMOŚCI I ZROZUMIENIA OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

Klient, dokonując świadomego wyboru produktu ubezpieczeniowego, powinien zapoznać się z owu dotyczącymi konkretnego produktu. Po raz kolejny przejawia się tutaj rola agenta/brokera, ponieważ jako doradca klienta powinien mu przedstawić i wytłumaczyć zapisy znajdujące się w owu.

Przeprowadzone badania pokazały, że większość ankietowanych została zaznajomiona z całością warunków ubezpieczenia przed podpisaniem umowy (47%), jedna trzecia tylko z niektórymi punktami, a 3% nie zostało zaznajomionych (n = 331).

---

[113] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 79{,}61$, $n = 129$, $\varphi = 0{,}79$, $V = 0{,}56$.
[114] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 36{,}93$, $n = 143$, $\varphi = 0{,}51$, $V = 0{,}29$ (!).
[115] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 34{,}78$, $n = 139$, $\varphi = 0{,}50$, $V = 0{,}29$ (!).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Dla większości ankietowanych treść artykułów zawartych w owu była zrozumiała (67%). Tylko 4% respondentów ich nie czytało (n = 265).

Najwyższy odsetek osób, które **zostały zaznajomione z owu** przez agenta/brokera przed podpisaniem umowy, był w grupie wiekowej 30–40 lat (87%), a najmniejszy – powyżej 50 lat (48%)[116].

Kolejna kwestia dotyczyła **zrozumienia artykułów zawartych w owu**. Blisko połowa pracujących na własny rachunek (45%) i ponad połowa pracowników najemnych sektora państwowego (56%) uznała, że większość artykułów owu była napisana w sposób czytelny i zrozumiały[117]. Ponadto można zauważyć, że wraz ze wzrostem wykształcenia rosła liczba osób, dla których większość artykułów była zrozumiała (z 45% do 55%) i malała liczba osób, które nie potrafiły udzielić odpowiedzi na pytanie (z 31% do 8%)[118].

W momencie przeprowadzania badania 14% ankietowanych deklarowało całkowitą znajomość warunków ubezpieczenia, 67% częściową, a 20% brak znajomości owu (n = 328). Ponadto osoby, które wskazały całkowitą znajomość owu, w większości oceniły swoją obecną wiedzę ubezpieczeniową wysoko (71%).

Nawiązując do znajomości owu, dalej przedstawiono **ocenę własnej wiedzy ubezpieczonych na temat rynku ubezpieczeń na życie w momencie zawierania umowy i w momencie przeprowadzania badania**.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że im krótszy był czas posiadania polisy, tym większy był udział osób, które oceniły swoją wiedzę przeciętnie. Najwyższy udział oceny niskiej był wśród ankietowanych, którzy podpisali umowę w 1995 i 1996 r. (42%, 40%), a najniższy w 1997 r. (25%). Natomiast udział oceny wysokiej był najwyższy wśród respondentów, którzy zawarli umowę w 1994 r. (28%), a najniższy w 1996 r. (6%)[119].

Analizując wiek ankietowanych w momencie podpisywania umowy, można zauważyć rosnący udział osób o niskiej ocenie własnej wiedzy w kolejnych grupach wiekowych. Udział odpowiedzi dotyczących oceny przeciętnej i wysokiej malał wraz z wiekiem[120]. W momencie

---

[116] $p = 0{,}001$, $\chi^2 = 22{,}97$, $n = 302$, $\varphi = 0{,}28$, $V = 0{,}20$ (!).
[117] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 59{,}48$, $n = 234$, $\varphi = 0{,}50$, $V = 0{,}25$ (!).
[118] $p = 0{,}018$, $\chi^2 = 24{,}32$, $n = 257$, $\varphi = 0{,}31$, $V = 0{,}18$.
[119] $p = 0{,}011$, $\chi^2 = 16{,}60$, $n = 292$, $\varphi = 0{,}24$, $V = 0{,}17$.
[120] $p = 0{,}055$, $\chi^2 = 12{,}33$, $n = 275$, $\varphi = 0{,}21$, $V = 0{,}15$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

przeprowadzania badania w większości grup wiekowych dominowały oceny przeciętne (średnio 55%), jedynie wśród osób powyżej 60 lat przeważały oceny niskie (64%)[121].

Ponadto ocena wiedzy ubezpieczeniowej w momencie przeprowadzania badania wykazała zależność z takimi czynnikami jak wykształcenie, wiek respondentów, źródła przychodu i status zawodowy w momencie przeprowadzania badania. Analiza pokazała, że bez względu na kryterium podziału dominowała ocena przeciętna[122].

Biorąc pod uwagę wykształcenie, można zauważyć, że im było niższe, tym większy był odsetek osób z odczuciem niskiej wiedzy ubezpieczeniowej. Wysoko swoją wiedzę oceniły osoby z wyższym wykształceniem (40%)[123], a także osoby z przedziałów wiekowych 30–50 lat (40%, 37%)[124].

POSTAWA ANKIETOWANYCH WOBEC UBEZPIECZYCIELA I PRODUKTU

Jako podsumowanie powyższych analiz zaprezentowano ogólną postawę ubezpieczonego wobec wybranego towarzystwa ubezpieczeniowego i zawartej umowy. Została ona ustalona na podstawie siedmiu pytań dotyczących ubezpieczyciela i produktu ubezpieczeniowego (wykres 3.18). Po zsumowaniu punktów z odpowiedzi na poszczególne pytania[125], podzielono respondentów na trzy grupy: o postawie pozytywnej, obojętnej i negatywnej wobec ubezpieczyciela i produktu, uzyskując następujący rozkład częstości: osoby o negatywnej postawie – 21%, osoby o obojętnej postawie – 21%, osoby o pozytywnej postawie – 58%.

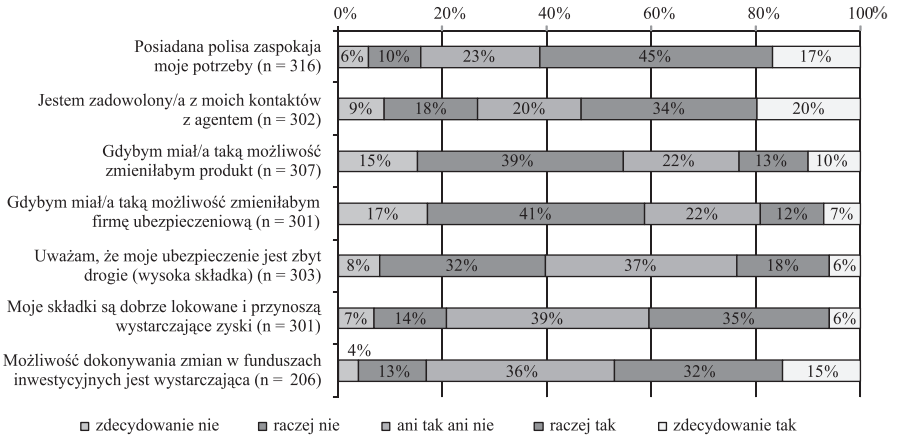
Ustalono istotne statystycznie zależności pomiędzy postawą ubezpieczonego a stopniem zadowolenia z wybranego ubezpieczyciela, zamiarem rezygnacji z posiadanej polisy oraz przyczyną wyboru towarzystwa ubezpieczeniowego.

Ankietowani zadowoleni z usług wybranego ubezpieczyciela w zdecydowanej większości przejawiali postawę pozytywną (78%), odwrotnie było w przypadku osób niezadowolonych. Tutaj ponad dwie trzecie prezentowały postawę negatywną (70%)[126].

---

[121] $p = 0{,}022$, $\chi^2 = 17{,}91$, $n = 291$, $\varphi = 0{,}25$, $V = 0{,}18$.
[122] Od 41% do 64%.
[123] $p = 0{,}005$, $\chi^2 = 18{,}53$, $n = 302$, $\varphi = 0{,}25$, $V = 0{,}18$.
[124] $p = 0{,}002$, $\chi^2 = 24{,}53$, $n = 294$, $\varphi = 0{,}29$, $V = 0{,}20$.
[125] Sposób przeprowadzenia podziału zawarto w załączniku 2.
[126] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 93{,}21$, $n = 281$, $\varphi = 0{,}58$, $V = 0{,}41$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932



Wykres 3.18. Opinia ubezpieczonych o ubezpieczycielu i produkcie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ankiet.

Analogicznie osoby, które wyraziły chęć rezygnacji z polisy, charakteryzowały się w większości postawą negatywną (79%)[127].

Ponadto przeprowadzona analiza pokazała, że osoby przejawiające postawę negatywną najczęściej wybierały towarzystwo ze względu na znajomość z agentem/brokerem (44%). Respondenci o postawie obojętnej i pozytywnej decydowali się na dane towarzystwo ubezpieczeniowe, biorąc pod uwagę warunki ubezpieczenia (47%, 63%) oraz zaufanie do firmy (38%, 46%)[128].

Przedstawiona w niniejszym rozdziale analiza pokazała bardzo wyraźnie rolę agenta ubezpieczeniowego zarówno przed, jak i po podpisaniu umowy. Ankietowani wykazali duże zaufanie do agenta/brokera, uznając go za najważniejsze źródło informacji o rynku ubezpieczeniowym oraz najistotniejszą formę kontaktowania się z towarzystwem ubezpieczeniowym. Ponadto profesjonalne doradztwo zostało uznane za najważniejsze kryterium oceny jakości usługi ubezpieczeniowej.

Z analizy wynika, że ubezpieczeni byli zadowoleni przede wszystkim z produktów, które były wybierane z uwzględnieniem ich dopasowania do potrzeb klienta. Z kolei chęć rezygnacji z kontynuowania umowy była związana w głównej mierze z utratą zaufania do firmy.

[127] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 69{,}47$, $n = 277$, $\varphi = 0{,}50$, $V = 0{,}35$.
[128] $p = 0{,}000$, $\chi^2 = 88{,}76$, $n = 281$, $\varphi = 0{,}56$, $V = 0{,}40$.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Po dokonaniu analizy okazało się również, że ubezpieczeni słabo znają posiadany produkt. Widoczne jest to szczególnie po przeprowadzeniu porównania zakupionego produktu i umów dodatkowych z należnymi świadczeniami. Poza tym ubezpieczeni często nie wiedzieli, jakie posiadają umowy dodatkowe, jakie modyfikacje mogą wprowadzać w produkcie i tylko nieznaczny odsetek zadeklarował całkowitą znajomość owu. Ankietowani uznali jednak, że ich obecna wiedza ubezpieczeniowa znacznie wzrosła względem momentu zawierania umowy.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

ZASTOSOWANIE W PRAKTYCE WYNIKÓW BADAŃ O ZACHOWANIACH KONSUMENTÓW

4.1. Nowe spojrzenie na metodologię badań nad zachowaniami ubezpieczonych na życie

Zmiany zachodzące na polskim rynku ubezpieczeniowym sprawiają, że analizy makroekonomiczne (np. uwzględniające liczbę towarzystw i ludności) przestają być wystarczające do podejmowania właściwych decyzji przez towarzystwa ubezpieczeniowe. Bardzo istotne zatem staje się podejście indywidualne umożliwiające poznanie uwarunkowań zachowań konsumentów na rynku poprzez podjęcie bardziej szczegółowych badań[1]. Punktem wyjścia powinny się stać nie tak jak dotychczas różne rodzaje usług ubezpieczeniowych, ale konsument i całościowo ujęte jego potrzeby[2]. Przykładem takich badań mogą być te zaprezentowane w niniejszej publikacji.

Decyzja o zawarciu umowy ubezpieczenia na życie podejmowana jest raz na wiele lat i pociąga za sobą długotrwałe skutki finansowe dla ubezpieczającego i całej jego rodziny[3]. Wymaga zatem dużego zaangażowania ze strony klienta, przede wszystkim poświęcenia czasu, aby podjąć właściwą decyzję i dokonać odpowiedniego wyboru. W związku z powyższym, decyzję tę – z punku widzenia klienta – należy rozpatrywać w kategoriach decyzji strategicznych. Przeprowadzone badania pokazują jednak, że znaczna część ubezpieczonych decydowała się na podpisanie umowy po przeprowadzeniu rozmowy z przedstawicielem tylko jednej firmy ubezpieczeniowej, a o wyborze towarzystwa decy-

---

1 B. Dembowska, H. Worach-Kardas, *Model regresji logistycznej w badaniu popytu na ubezpieczenia życiowe*, „Wiadomości Statystyczne" 2004, nr 10, s. 1.

2 S. Smyczek, *Modele zachowań*, s. 10.

3 Wymaga często decyzji całej rodziny, por. z modelem podejmowania decyzji J.S. Shetha i innymi, rozdz. 2, pkt 1.1.1.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

dował często przypadek, co świadczy o tym, że nie zawsze decyzje te były przemyślane i podejmowane po przeanalizowaniu wszystkich możliwych wariantów.

Na zachowanie klienta wpływają różne zmienne, przede wszystkim ekonomiczne, tj. dochód i cena. Istotne są także czynniki społeczne. Zmiana stanu cywilnego, powiększenie rodziny, zmiana pracy, przynależność do określonych klas i grup społecznych, a także rodziny, która jest najsilniejszą grupą odniesienia, będą nieuchronnie i nieustannie wpływały na postawy i zmiany zachowań konsumenta. Ważne są tutaj także czynniki związane bezpośrednio z samym klientem, tj. jego przyzwyczajenia, nawyki, cechy osobowościowe, emocje oraz motywacje.

Pomimo że przeprowadzone badania wykazały wielokierunkowe oddziaływanie czynników ekonomiczno-społecznych na różne aspekty związane z ubezpieczaniem się na życie, zaczynając od okoliczności podejmowania decyzji, a kończąc na zamiarze rezygnacji bądź kontynuacji umowy ubezpieczenia, to jednak nie potwierdziła się aż tak silna rola tych czynników, jak jest to często przedstawiane w modelach i teorii ekonomii. Na podejmowane decyzje silnie wpływały także pozaekonomiczne czynniki, tj. zaufanie do ubezpieczyciela, zadowolenie z kontaktów i pracy agenta, obsługi klienta, jakości usługi ubezpieczeniowej, stopień zaspokojenia potrzeb. Decyzje różniły się także w zależności od posiadanego produktu i towarzystwa, w którym został on zakupiony.

Zachowania klientów na rynku ubezpieczeniowym, ze względu na swoją dynamikę, są przedmiotem wielu badań. Jednak dotychczas przeprowadzone badania prezentują analizowaną problematykę – poza nielicznymi wyjątkami – tylko w jednym momencie czasowym (statycznie), a tym samym utrudniona jest analiza zmian w zachowaniach konsumentów. Aby móc odpowiedzieć na pytanie, jakie czynniki powodują określone zmiany w postępowaniu klienta i podejmowanych przez niego decyzjach, trzeba mieć możliwość ich porównania w różnych momentach czasu. Zaprezentowane w pracy retrospektywne spojrzenie ubezpieczającego na posiadany produkt, relacje z pośrednikiem i ubezpieczycielem, pozwalają porównać opinie i oceny samych konsumentów. Porównanie dwóch momentów (zawierania umowy i 10 lat później – wypełniania ankiety) daje możliwość obserwowania zmian w sytuacji życiowej konsumenta i ich wpływ na podejmowane decyzje w zakresie ubezpieczenia na życie.

Z punktu widzenia ubezpieczyciela prowadzenie tego typu badań retrospektywnych ułatwia budowanie przewagi konkurencyjnej, ograni-

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

cza niepewność towarzystwa przy zawieraniu nowych umów ubezpieczenia i pozwala uniknąć sytuacji konfliktowych pomiędzy zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającym w trakcie trwania umowy.

Liczba przeprowadzonych badań i opracowanych modeli dotyczących zachowania konsumenta może stwarzać wrażenie, że obszar ten jest dobrze rozpoznany. Jednak mnogość czynników i dynamika zachodzących zmian powoduje konieczność ciągłego badania i analizowania zachowania konsumentów.

4.2. Relacje: pośrednik ubezpieczeniowy a ubezpieczający/ubezpieczony

Kontakt pomiędzy zakładem ubezpieczeniowym a klientem najczęściej odbywa się poprzez pośrednika ubezpieczeniowego. Pośrednik powinien być przede wszystkim doradcą klienta, zarówno w momencie zawierania umowy, jak i w trakcie jej trwania. Rola pośrednika ubezpieczeniowego zaczyna się już przed podpisaniem umowy ubezpieczenia, tj. w momencie poznawania potrzeb klienta w celu zaproponowania mu jak najlepiej dopasowanego do jego potrzeb produktu. Bardzo ważne jest, aby pośrednik ubezpieczeniowy doradzał, a nie namawiał klienta do podjęcia konkretnych decyzji. Badania pokazały, że jeżeli towarzystwo bądź produkt były wybierane ze względu na znajomość z agentem lub za jego namową, wówczas wpływało to na postawy klienta w kolejnych latach kontynuowania umowy. Brak właściwego doradztwa przy zawieraniu umowy powodował zmniejszenie zadowolenia z produktu i ubezpieczyciela, co przekładało się na ogólną negatywną postawę ubezpieczonego wobec usługi ubezpieczeniowej[4]. Osoby niezadowolone z pracy agenta niechętnie też kontaktowały się z towarzystwem ubezpieczeniowym oraz w większym stopniu przejawiały chęć rezygnacji z posiadanej polisy. Natomiast ubezpieczeni zadowoleni z agenta/brokera i wysoko oceniający jego pracę wyrażali także zadowolenie z usług ubezpieczyciela i deklarowali chęć kontynuowania umowy. Badania pokazały, że ubezpieczeni darzą agenta wy-

[4] Należy zwrócić uwagę na fakt, że osoby o postawie negatywnej wybierały towarzystwo w większości ze względu na znajomość z agentem/brokerem, a osoby przejawiające postawę pozytywną, głównie ze względu na warunki ubezpieczenia.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

sokim zaufaniem[5], a profesjonalne doradztwo uznali za najważniejszy czynnik decydujący o jakości usługi ubezpieczeniowej. Tak wysoko ocenione doradztwo pokazuje, jak dużą rolę przywiązują ubezpieczeni do postawy agenta. Jego profesjonalizm, szeroka wiedza, umiejętność doradzania na różnych etapach życia ubezpieczonego będą wpływały na przywiązania klienta do towarzystwa. Niestety, niewłaściwe zachowanie agenta i brak odpowiedniej dbałości o ubezpieczonego będą prowadziły do niezadowolenia, a często też rozwiązania umowy. Należy tutaj podkreślić, że w podejmowaniu większości decyzji, w mniejszym lub większym stopniu, uczestniczy agent/broker. Obsługa posprzedażowa bezpośrednio wpływa na stosunek klienta do towarzystwa, a więc będzie się przekładała na lojalność.

Zakłady ubezpieczeń powinny zatem nieustannie obserwować zadowolenie klienta z kontaktów z przedstawicielami towarzystwa i pośrednikami ubezpieczeniowymi. Wszelkie niepokojące sygnały powinny być niezwłocznie eliminowane, aby ciągle utrzymywać satysfakcję klienta na jak najwyższym poziomie i nie dopuścić do powstania dysonansu pozakupowego. Jest to szczególnie istotne w przypadku usług, gdyż nie można ich „wypróbować". Zjawisko dysonansu pozakupowego powoduje niekorzystne konsekwencje dla zakładu ubezpieczeń, wpływa bowiem na decyzje rynkowe ubezpieczonych. Dlatego też kształtowanie zadowolenia klienta jest istotnym elementem strategii marketingowych towarzystw ubezpieczeniowych[6].

4.3. Relacje: ubezpieczający/ubezpieczony a zakład ubezpieczeń

Towarzystwa ubezpieczeniowe, podobnie jak inne zakłady działające na rynku, powinny dążyć przede wszystkim do posiadania lojalnych klientów. Klient lojalny to więcej niż klient zadowolony z produktu czy usługi. Teoretyczne i szerokie podejście do lojalności wskazuje, że lo-

---

[5] Np. w większości przypadków, bez względu na przynależność do grup społeczno-ekonomicznych, został uznany za najważniejsze źródło informacji o ubezpieczeniach, najważniejszy sposób kontaktowania się ubezpieczonego z ubezpieczycielem.

[6] Szerzej w: M. Ankiel-Homa, T. Olejniczak, *Dysonans pozakupowy – odczucia niezadowolonego klienta*, „Przegląd Organizacji" 2006, nr 1, s. 38.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

jalność klientów występuje wówczas, gdy można zaobserwować dwa rodzaje zachowań konsumenckich: przywiązanie do firmy oraz fakt kolejnych (powtarzających się) zakupów[7].

Jednak w przypadku ubezpieczeń życiowych ich długoterminowość utrudnia ocenę lojalności klientów. Nie może być mierzona liczbą kolejnych zakupów albo przywiązaniem do marki. Nie można jej nawet oceniać tylko przez pryzmat kontynuowania zawartej umowy[8]. Konstrukcja produktu powoduje, że zerwanie niekorzystnej i niezadowalającej umowy jest utrudnione. Proces rozwiązania długoterminowej umowy jest czasochłonny i kosztowny. Ponadto zawarcie kolejnej umowy ubezpieczenia dla danej osoby, która jest kilka czy kilkanaście lat starsza, jest dużo droższe, a czasami wręcz niemożliwe. O lojalności mogą jednak świadczyć przyczyny zamiaru kontynuowania posiadanej umowy (tj. zadowolenie z posiadanego produktu, jak również chęć zawarcia kolejnej umowy w tym samym towarzystwie ubezpieczeniowym, zadowolenie z usług ubezpieczyciela, a także deklaracja wyboru tego samego produktu, gdyby decyzja o ubezpieczeniu była podejmowana powtórnie). Jednak część respondentów mimo niezadowolenia z kontaktu z agentem, z towarzystwa ubezpieczeniowego oraz wystawienia obecnie niższej oceny dla jakości usługi, obsługi klienta, pracy agenta, a także uznania ubezpieczenia za zbyt drogie, zdecydowała się na kontynuowanie umowy, wskazując na zbyt niską wartość odstąpienia polisy, wysokie koszty zmiany lub zbyt dużą czasochłonność takich działań.

Klient zadowolony z posiadanego produktu i relacji z ubezpieczycielem będzie rekomendował towarzystwo innym osobom. Towarzystwa, którym zależy na posiadaniu lojalnych, zadowolonych klientów, powinny koncentrować się na dążeniu do satysfakcji klienta, która jest punktem wyjścia w budowaniu lojalności. Zostało to potwierdzone przeprowadzonymi badaniami, zadowolenie z produktu decydowało bowiem o chęci kontynuowania zawartej umowy ubezpieczenia.

Jednym z elementów wpływających na budowanie lojalności klientów jest wiedza. Jest ona także jednym z najważniejszych zasobów niematerialnych firmy[9]. Wiedza o klientach jest niezbędna do budowania

---

7 E. Rudawska, *Lojalność*, s. 29.

8 Może to bowiem wynikać z czysto ekonomicznej kalkulacji, a nie zadowolenia klienta z polisy.

9 Wiedzę w zakładzie można podzielić na wiedzę o klientach oraz wiedzę o samej firmie i jej produktach.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

więzi z nimi. Jednak aby była ona kapitałem wartościowym, musi być aktualna i ciągle wzbogacana. Bardzo istotne jest opracowanie standardów przekazywania informacji pracownik–klient. To właśnie przez pracownika odbywa się bezpośrednia obsługa klienta. Pracownik mający odpowiednią bazę wiedzy może skoncentrować się na kliencie i jego problemie. Klient, który jest dobrze poinformowany, czuje się bezpieczniej z wybraną firmą i łatwiej mu się do niej przywiązać i pozostać lojalnym[10].

W przypadku budowania lojalności istotna jest również zdolność przewidywania zachowań i potrzeb klientów (tzw. antycypacja[11]). Ma ona szczególne znaczenie przy budowaniu produktów długoterminowych.

Efektywną formą, przyczyniającą się do budowania lojalności jest także komunikacja indywidualna. Poprzez komunikację firma zdobywa wiedzę oraz przekazuje informacje. Dzięki niej towarzystwo buduje zaufanie klienta, a także jest zdolne przewidzieć jego potrzeby. W komunikacji pomiędzy towarzystwem a ubezpieczającym ogromną rolę odgrywa pośrednik ubezpieczeniowy. Badania pokazały jednak, że często wykorzystywanym źródłem wiedzy są także ulotki reklamowe i Internet. Firmy ubezpieczeniowe powinny dbać, aby każde z tych źródeł dostarczało klientowi rzetelnych i wyczerpujących informacji. W celu utrzymania więzi z klientem i dostosowywania produktu (tak, aby był on jak najbardziej satysfakcjonujący) niezbędna jest właściwa komunikacja oparta na sprzężeniu zwrotnym. Informacje muszą docierać od towarzystwa do ubezpieczonego, ale także w drugą stronę: od klienta do towarzystwa. Informacje uzyskiwane od klientów powinny być dla towarzystw szczególnie ważne, dzięki nim bowiem mogą m.in. tworzyć coraz doskonalsze produkty.

Przeprowadzone badania pokazały, że komunikacja między ubezpieczycielem a ubezpieczającym jest ciągle niezadowalająca i niewystarczająca (została oceniona przez ankietowanych przeciętnie i ocena ta nie uległa poprawie). Ankietowani najchętniej kontaktowaliby się poprzez agenta/brokera, ale w rzeczywistości najczęściej wybierali kontakt telefoniczny, co zapewne było dla nich najłatwiejszą i najszybszą formą. Wskazuje to na większą potrzebę kontaktu przede wszystkim

---

[10] A. Dejnaka, *Budowanie lojalności*, s. 75–76.

[11] Antycypacja w działaniach zakładu oznacza „przewidywanie zachowań klienta na podstawie jego wcześniejszych zachowań, zachowań podobnych klientów w tym samym segmencie"; *ibidem*, s. 79.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

z agentem. Należy przypuszczać, że klienci oczekują, że w momencie podpisania umowy rozpocznie się, a nie zakończy, ścisła współpraca towarzystwa poprzez agenta z ubezpieczającym i ubezpieczonym[12].

Zgodnie z obowiązującą ustawą o działalności ubezpieczeniowej jednym z obowiązków ubezpieczyciela jest bieżące informowanie klienta o aktualnym stanie produktu i wprowadzanych zmianach. Badania pokazały jednak, że ze znaczną grupą osób towarzystwa w ogóle się nie kontaktują, co wskazuje na niedoskonałości przepisów prawnych, brak możliwości ich kontrolowania i egzekwowania. Brak tego kontaktu wpływa z kolei na postawę ankietowanych wobec zakładu ubezpieczeń – osoby, które wskazały, że towarzystwo nie kontaktuje się z nimi, przejawiały niezadowolenie z produktu, pośrednika i ubezpieczyciela.

Komunikacja jest także istotna w budowaniu więzi i zaufania, a to właśnie zaufanie, jak pokazały badania, było jednym z ważniejszych czynników wpływających na wybór towarzystwa ubezpieczeniowego. W obecnej sytuacji rynkowej towarzystwo nie może zadowolić się jedynie zawarciem transakcji. Istotne jest budowanie trwałej więzi z klientem opartej na zaufaniu. Jest to szczególnie istotne z punktu widzenia trwałości umowy. Jak wynika z badań, utrata zaufania do firmy była najczęściej wymienianą przyczyną chęci rezygnacji z posiadanej polisy.

Im więcej towarzystwo posiada lojalnych klientów, z którymi buduje więzi oparte na zaufaniu, tym więcej nowych konsumentów będzie mogło pozyskać. Towarzystwu ubezpieczeniowemu powinno zależeć na pozyskaniu klientów bardzo zadowolonych i lojalnych z uwagi na to, że wierność klientów, która wynika z satysfakcji, przekłada się na zyskowność. Działania takie sprzyjają budowaniu pozytywnego wizerunku firmy i długookresowej przewagi konkurencyjnej.

4.4. Determinanty w zakresie konstrukcji ogólnych warunków ubezpieczenia

Ogólne warunki ubezpieczenia produktu długoterminowego, jakim jest ubezpieczenie na życie, powinny uwzględniać zmieniające się potrzeby klienta i tym samym dawać możliwość dostosowania produk-

[12] Por.: K. Stęplewska, *Znaczenie komunikacji pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczycielem w budowaniu lojalności klientów zakładów ubezpieczeń na życie*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2011, nr 259, s. 113.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

tu do aktualnej sytuacji życiowej ubezpieczającego i ubezpieczonego. Przyczyny wyboru produktu kilkanaście lat temu, jak i obecne przesłanki wskazują, że dla klientów bardzo istotne jest dopasowanie produktu do ich potrzeb. Cenioną cechą jest elastyczność produktu, dzięki której konsument może wprowadzać zmiany w zależności od jego bieżącej sytuacji. Szczególnie ważna okazała się tutaj możliwość dopasowania do potrzeb finansowych, co świadczy o ciągle niskiej zamożności ubezpieczających i ich dużej wrażliwości na wszelkie zmiany dotyczące sytuacji ekonomicznej gospodarstwa domowego. Analizując tendencje rynkowe, można także zauważyć poszukiwanie przez klientów produktów elastycznych. Coraz częściej wybieranym produktem było ubezpieczenie na życie z funduszem kapitałowym.

Budowanie produktu długoterminowego jest skomplikowane. Trudno uwzględnić wszystkie czynniki mogące pojawić się na przestrzeni lat. Niemniej jednak towarzystwa są zobowiązane do takiego konstruowania produktu, aby dawał klientowi możliwość wprowadzenia różnorodnych zmian. Dzięki temu klient będzie mógł kontynuować umowę niezależnie od pojawiających się czynników i okoliczności. Jest to również bardzo ważne dla ciągłości funkcjonowania zakładu ubezpieczeniowego. Niezadowoleni z produktu klienci rezygnują często nie tylko z kontynuowania danej polisy, lecz także ze współpracy z ubezpieczycielem[13]. Pociąga to za sobą przede wszystkim skutki finansowe, ale także wpływa na reputację firmy, co może rodzić dużo poważniejsze konsekwencje dla funkcjonowania danego towarzystwa. Jak pokazują liczne badania marketingowe, utrzymanie zdobytego już klienta jest dużo tańsze i łatwiejsze niż pozyskanie nowego[14]. W odniesieniu do ubezpieczeń życiowych utrzymanie klienta powinno się odbywać nie tylko poprzez umożliwienie mu dokonywania zmian w produkcie, lecz także poprzez wychodzenie do niego z nową ofertą produktową, która pozwoli pełniej zaspokoić jego potrzeby ubezpieczeniowe. Badania pokazały jak ważny dla klienta jest zakres oferowanych usług. Ankietowani uznali go za jeden z ważniejszych czynników decydujących o jakości usługi ubezpieczeniowej. Podobnie warunki ubezpieczenia, które były najczęstszą przyczyną wyboru ubezpieczyciela. Oznacza to, że oferowane klientom warunki ubezpieczenia są dla nich istotne nie

[13] 70% osób, które wyraziły chęć rezygnacji z produktu, gdyby miały taką możliwość, zmieniłyby również ubezpieczyciela.

[14] Szerzej w: E. Rudawska, *Lojalność*, s. 53, 54; A. Skrzypek, *Satysfakcja i lojalność klienta*, s. 4; L. Garbarski, *Koszty a efekty pozyskiwania*, s. 235.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

tylko w momencie dokonywania wyboru, lecz także są analizowane przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia.

Obecnie klienci są coraz bardziej wymagający. Wiedzą, czego oczekują od produktu i chcą, aby towarzystwo umożliwiło im wprowadzanie poszczególnych zmian. Taka postawa konsumenta jest dużym wyzwaniem dla zakładów ubezpieczeniowych. Tworzenie produktów elastycznych, dopasowanych do indywidualnych klientów i zmieniających się wraz z jego potrzebami, powinno być jednym z najważniejszych dążeń towarzystw ubezpieczeniowych.

4.5. Kształtowanie świadomości ubezpieczeniowej

Analizując przyczyny zawierania umowy (obawa o przyszłość, zabezpieczenie bliskich, otrzymanie renty/emerytury), można przypuszczać, że klienci coraz lepiej rozumieją ideę ubezpieczania i zdają sobie sprawę, że ich obecne decyzje będą miały wpływ na ich przyszłość i przyszłość najbliższych. Oznacza to, że klienci, którzy zawierali umowy na początku lat dziewięćdziesiątych, zdawali sobie sprawę z istniejących zagrożeń i zgłosili zapotrzebowanie na środki zabezpieczające, a zatem wykazali się odpowiednim poziomem świadomości ubezpieczeniowej. Niestety, właściwie rozpoznane potrzeby i wybór odpowiedniego środka ich zaspokojenia nie świadczą o poziomie wiedzy w czasie trwania umowy ubezpieczenia. Mimo że ubezpieczeni uznali, że ich wiedza na temat rynku ubezpieczeń na życie wzrosła (porównując moment przeprowadzania badania i zawarcia umowy), to wykazali się małą znajomością posiadanego produktu ubezpieczeniowego. Widoczne jest to szczególnie po przeprowadzeniu porównania zakupionego produktu i umów dodatkowych z należnymi świadczeniami. Ponadto ubezpieczeni często nie wiedzieli, jakie posiadają opcje, jakie modyfikacje mogą wprowadzać w produkcie i tylko nieznaczny odsetek zadeklarował całkowitą znajomość warunków ubezpieczenia.

Ważne jest zatem ciągłe podnoszenie świadomości ubezpieczeniowej potencjalnych klientów i osób już ubezpieczonych. Dzięki temu towarzystwa będą mogły pozyskiwać klientów potrafiących precyzyjnie określić własne potrzeby ubezpieczeniowe, co z kolei ułatwi dobór odpowiedniego produktu dla klienta. Pozwoli także dokonywać modyfikacji w trakcie trwania umowy. W tym zakresie powinny także działać,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

szerzej niż dotychczas, różne instytucje rynku ubezpieczeniowego (tj. Rzecznik Ubezpieczonych, KNF), które jako podmioty niekomercyjne i niezaangażowane mogą propagować obiektywne informacje dotyczące istoty ubezpieczeń, rynku ubezpieczeniowego, ubezpieczycieli i oferowanych produktów.

Zmieniająca się struktura demograficzna społeczeństwa (tj. starzenie się społeczeństwa, rosnąca liczba gospodarstw jednoosobowych, zmniejszanie się wielkości rodziny, wydłużanie długości życia, czy zmieniająca się rola kobiet i dzieci), ale także zmiany w zachowaniu konsumentów na rynku stawiają nowe wyzwania dla marketingu usług na życie. Nie można już traktować konsumentów jako grup homogenicznych wyodrębnionych według grup społeczno-ekonomicznych, psychologicznych czy behawioralnych. Konsumenci stają się coraz mniej stereotypowi, przejawiają postawy aktywne, są krytyczni wobec działań zakładów ubezpieczeń i oferowanych produktów. Cechują się dużą zmiennością w podejmowaniu decyzji i postępowaniu na rynku[15]. Konsument nowej ery jest jednostką niezależną, zaangażowaną, mającą wiele informacji rynkowych, podkreślającą własną indywidualność[16].

Początek XXI w. był trudnym okresem dla zakładów ubezpieczeń w Polsce. Po latach systematycznego wzrostu rynek wszedł w etap stagnacji, na którą wpłynęły m.in. ubożenie społeczeństwa, recesja gospodarcza oraz wzrost konkurencji. W takiej sytuacji towarzystwa powinny się skoncentrować nie tylko na walce o nowych klientów, ale przede wszystkim dążyć do utrzymania obecnych[17].

---

[15] K. Mazurek-Łopacińska, *Zachowania nabywców jako podstawa*, s. 27.

[16] A. Gardeła, M. Budzanowska, *Nowy niezależny konsument*, „Marketing w Praktyce" 2002, nr 6, s. 14.

[17] J. Rodzinka, *Scoringowa metoda pomiaru lojalności klientów zakładów ubezpieczeń działu II*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2007, nr 1176, s. 339.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Zakończenie

Od początku lat dziewięćdziesiątych na polskim rynku ubezpieczeniowym zachodzą intensywne przemiany. Dotyczą one nie tylko rozwoju firm, produktów, lecz także zachowania konsumentów. Ze względu na złożoność tych zachowań przeprowadzono i ciągle przeprowadza się wiele badań. Jedne z nich zaprezentowano w niniejszej publikacji. W odróżnieniu od innych badań, tutaj podmiotem były osoby, które już posiadają ubezpieczenie życiowe, a zdecydowały się na jego zakup zaraz na początku funkcjonowania wolnego rynku.

Zaprezentowane w pracy rozważania teoretyczne oraz badania empiryczne pozwoliły poznać i przeanalizować determinanty zachowania się ubezpieczających. W toku badań ustalono przyczyny ubezpieczania się i okoliczności im towarzyszące, czynniki decydujące o wyborze ubezpieczyciela i produktu, a także czynniki decydujące o jakości produktu ubezpieczeniowego. Ponadto wskazano najważniejsze przyczyny zamiaru rezygnacji lub kontynuacji umowy ubezpieczenia życiowego. Ustalono także poziom wiedzy ubezpieczonych/ubezpieczających na temat posiadanego produktu.

Analiza kohortowa, która została zastosowana w zaprezentowanych badaniach, pozwoliła uzyskać dokładniejsze wyniki zachowań konsumenta na rynku niż inne metody badań. Przeanalizowanie sytuacji osób posiadających produkt ubezpieczeniowy przez co najmniej 10 lat umożliwiło wykazanie zachodzących w życiu ubezpieczonych zmian i podejmowanych pod ich wpływem decyzji w zakresie modyfikacji posiadanej umowy ubezpieczenia na życie.

Podkreślając rolę przeprowadzonych badań, a jednocześnie mając na uwadze ograniczenia badawcze[1], należy zaznaczyć, że zaprezentowane

[1] Brak możliwości przeprowadzenia doboru losowego próby do badania (i tym samym brak możliwości zastosowania wszystkich metod wnioskowania statystycznego), a także ograniczenie terytorialne badań do województwa świętokrzyskiego (mimo iż oferowane ówcześnie produkty ubezpieczeniowe były takie same na terenie całego kraju,

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

wyniki mają charakter poznawczy i zaleca się ostrożność w wyciąganiu ogólnych wniosków dotyczących całej populacji osób ubezpieczonych na życie w Polsce. Aby wyniki tych analiz mogły zostać uogólnione, należałoby przeprowadzić porównywalne badania w innych regionach kraju.

Przedstawione w poszczególnych rozdziałach rozważania z pewnością nie wyczerpały problematyki badań. Pokazały jednak istotę i wagę badań retrospektywnych. Dały także pewne wskazówki do poszukiwania w przyszłych badaniach czynników pozaekonomicznych i pozaspołecznych wpływających na zachowania ubezpieczających/ubezpieczonych na życie.

---

to specyfika województwa świętokrzyskiego może wpływać na różnice w zachowaniu klientów w porównaniu z innymi województwami).

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Załączniki

1

Wykaz najważniejszych badań dotyczących konsumenta i jego zachowania na rynku przeprowadzonych w Polsce w latach 1990–2007:

- *Ubezpieczenia osobowe i majątkowe w gospodarstwach domowych w 1998 r.*, GUS 1998; *Ubezpieczenia osobowe i majątkowe w gospodarstwach domowych w 2004 r.*, GUS 2004;
- *Diagnoza społeczna 2003*, red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2004; *Diagnoza społeczna 2005*, red. *iidem*, Warszawa 2006; *Diagnoza społeczna 2006*, red. *iidem*, Warszawa 2007;

Badania przeprowadzone przez:

- BPS Consultants Poland Ltd. z 2005 r., www.bps.gdansk.pl/rezultaty_ ind _life. html, z 11 października 2008;
- Katedrę Badań Marketingowych w Poznaniu (cykl badań), np. *Jakość usług bankowych i ubezpieczeniowych. Diagnoza, determinanty, segmentacja*, red. nauk. J. Garczarczyk, Poznań 2000; *Model jakości usług finansowych w Polsce*, red. nauk. *idem*, Poznań 2004; J. Garczarczyk, M. Mocek, *Zmiany w postępowaniu gospodarstw domowych na polskim rynku ubezpieczeniowym w latach 1995–2006*, w: *Nowe wyzwania dla rynków ubezpieczeń w krajach Europy Środkowej i Wschodniej*, red. W. Sułkowska, Kraków 2007; *Rynek ubezpieczeń na życie w Polsce. Teraźniejszość i przyszłość*, red. J. Garczarczyk, Poznań 1997;
- Dziennikarską Akademię Ubezpieczeniową: A. Burchat, *Badanie świadomości ubezpieczeniowej Polaków*, Warszawa 2006;
- instytut badawczy ARC Rynek i Opinia dla Polskiej Izby Ubezpieczeń, *Wiedza Polaków na temat ubezpieczeń*, grudzień 2001 r.;
- S. Smyczka, np: *Modele zachowań konsumentów na rynku usług finansowych*, Katowice 2007;
- A. Ostrowską, np: *Motywacje wyboru ubezpieczeń na życie związanych z funduszem inwestycyjnym w różnych grupach nabywców*, „Nasz Rynek Kapitałowy" 2004, nr 1, s. 103; *Ocena jakości ubezpieczeń na życie w grupach społeczno-ekonomicznych ludności*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2003, nr 983, s. 149.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Inne publikacje prezentujące wyniki badań dotyczących zachowań konsumentów na rynku ubezpieczeniowym:

- B. Nowatorska-Romaniak, *Analiza czynników wpływających na wybór firmy ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2001, nr 7/8, s. 64;
- B. Nowatorska-Romaniak, H. Ogrodnik, B. Jończyk, *Czynniki wpływające na wybór firmy ubezpieczeniowej przez klienta*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2004, nr 11/12, s. 62;
- N.M. Pazio, A. Formanowska, *Struktura świadomości ubezpieczeniowej w świetle badań*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2002, nr 3/4, s. 42;
- A. Grabiec, *Studenci szkół wyższych o ubezpieczeniach na życie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2004, nr 1/2, s. 27;
- A. Tendelska, *Indywidualne ubezpieczenia na życie. Rzeszów – studium przypadku*, „Polityka Społeczna" 2001, nr 7, s. 18;
- A.I. Baruk, *Młodzi nabywcy finalni jako podmioty oddziaływania merchandisingowego*, „Problemy Jakości" 2007, nr 8, s. 43;
- T. Papiernik, *Czynniki decydujące o wyborze ubezpieczyciela*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 1995, nr 1/3, s. 49;
- A. Dąbrowska, *Kryteria wyboru firmy ubezpieczeniowej*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 1999, nr 6, s. 10;
- B. Dembowska, *Uwarunkowanie zawierania ubezpieczeń na życie w gospodarstwach domowych*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2007, nr 1176, s. 82;
- B. Dembowska, H. Worach-Kardas, *Model regresji logistycznej w badaniu popytu na ubezpieczenia życiowe*, „Wiadomości Statystyczne" 2004, nr 10, s. 1;
- E. Maleszy, *Kobieta Ubezpieczona*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 2006, nr 27, s. 11;
- J. Słowińska, *Świadomość ubezpieczeniowa w aspekcie ubezpieczeń życiowych*, w: *Ubezpieczenia społeczne i na życie. Stan i perspektywy*, red. H. Worach-Kardas, Łódź 2004, s. 239.

2

Przy ustalaniu postawy ankietowanych wobec ubezpieczyciela i produktu uwzględniono następujące pytania:

⇨ Posiadana polisa zaspokaja moje potrzeby (tzn. jest dostosowana do moich potrzeb finansowych, rodzinnych itp.).
⇨ Jestem zadowolony/a z moich kontaktów z agentem.
⇨ Gdybym miał/a taką możliwość zmieniłbym/abym produkt.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

- ⇨ Gdybym miał/a taką możliwość zmieniłbym/abym firmę ubezpieczeniową.
- ⇨ Uważam, że moje ubezpieczenie jest zbyt drogie (wysoka składka).
- ⇨ Moje składki są dobrze lokowane i przynoszą wystarczające zyski.
- ⇨ Możliwość dokonywania zmian w funduszach inwestycyjnych jest wystarczająca.

Odpowiedzi do każdego z powyższych pytań zostały oparte na skali Likerta:

1 – zdecydowanie nie, **2** – raczej nie, **3** – ani tak, ani nie, **4** – raczej tak, **5** – zdecydowanie tak.

Pytania, w których skala została wyrażona w formie negatywnej, odpowiednio przeskalowano tak, aby w każdym przypadku oceny wyższe oznaczały lepszą ocenę wystawioną przez respondenta.

Zakres uzyskanych punktów po zsumowaniu wyniósł: min. 7 pkt, maks. 35 pkt.

Przyjęto, że do osób o postawie obojętnej zostaną włączone te, które najczęściej wybierały odpowiedź „ani tak, ani nie". Zatem zaliczono tu osoby, które uzyskały sumę punktów między 20 a 22 (w tej grupie 54% osób wskazało przynajmniej 4 razy odpowiedź „ani tak, ani nie"). Odpowiednio poniżej i powyżej znalazły się osoby o postawie negatywnej i pozytywnej.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Bibliografia

Literatura

ABC ubezpieczeń – ubezpieczenia życiowe, www.rzu.gov.pl [dostęp: 15 listopada 2007].

Analiza kohortowa i jej zastosowanie, red. S. Borowski, Warszawa 1976.

Ankiel-Homa M., Olejniczak T., *Dysonans pozakupowy – odczucia niezadowolonego klienta*, „Przegląd Organizacji" 2006, nr 1.

Antonides G., van Raaij W.F., *Zachowanie konsumenta*, Warszawa 2003.

Arwanti A., *Pośrednik – zawód zaufania społecznego*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 2003, nr 17.

Badania rynkowe i marketingowe, red. J. Kramer, Warszawa 1994.

Balicki A., *Zastosowanie metod analizy kohortowej do badania czasu pozostawania bez pracy*, „Wiadomości Statystyczne" 1997, nr 7.

Balon U., Dziadkowiec J., *Klient w organizacji zarządzanej projakościowo*, „Zarządzanie Jakością" 2009, nr 1.

Barańska J., *Ubezpieczenia emerytalne i na życie*, „Gazeta Prawna" 2003, nr 32.

Bariery rozwoju polskiego rynku ubezpieczeń, red. W. Sułkowska, Kraków 2000.

Berbeka J., Niemczyk A., *Zachowania konsumentów na rynku*, Kraków 1997.

Boguszewicz-Kreft M., *Pomiar emocji w badaniach konsumenckich*, „Marketing i Rynek" 2010, nr 1.

Bon J., Pras B., *Rozdział ról nabywcy, płacącego i konsumen*ta, w: *Zachowanie konsumenta. Koncepcje i badania europejskie*, red. M. Lambkin i in., Warszawa 2001.

Borda M., *Ubezpieczenia na życie jako forma dodatkowego oszczędzania w polskim systemie emerytalnym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2006, nr 1/2.

Burchat A., *Badanie świadomości ubezpieczeniowej Polaków*, Dziennikarska Akademia Ubezpieczeniowa, Warszawa 2006.

Burgiel A., *Czynniki subiektywne i ich znaczenie w kształtowaniu rynkowych zachowań konsumentów*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, red. E. Kieżel, Katowice 2000.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Burgiel A., *Naśladownictwo społeczne i jego przejawy jako determinanty zachowań konsumentów*, „Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe AE w Katowicach" 2001, nr 17.
Burgiel A., *Potrzeby konsumpcyjne podstawą zachowań konsumpcyjnych*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, red. E. Kieżel, Katowice 2000.
Chen R., Wong K.A., Lee H.Ch., *Period and cohort effects on life insurance purchses in the U.S.*, „The Journal of Risk and Insurance" 2001, Vol. 68, No. 2.
Daszewski A., *Pakiet ustaw ubezpieczeniowych. Ocena konsumenta*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 2003, nr 18.
Dąbrowska A., *Prokonsumenckie zmiany w ustawie o pośrednictwie ubezpieczeniowym*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 2005, nr 24.
Dąbrowska A., *Zmiany w pakiecie ustaw ubezpieczeniowych*, artykuły pracowników i współpracowników – www.rzu.gov.pl [dostęp: 15 listopada 2007].
Dejnaka A., *Budowanie lojalności klientów*, Gliwice 2007.
Dembowska B., Worach-Kardas H., *Model regresji logistycznej w badaniu popytu na ubezpieczenia życiowe*, „Wiadomości Statystyczne" 2004, nr 10.
Diagnoza społeczna 2003, red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2004.
Diagnoza społeczna 2005, red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2006.
Diagnoza społeczna 2007, red. J. Czapiński, T. Panek, Warszawa 2007.
Doliński D., *Psychologiczne mechanizmy reklamy*, Gdańsk 2003.
Domański C., Pruska K., Wagner W., *Wnioskowanie statystyczne przy nieklasycznych założeniach*, Łódź 1998.
Dryszel A., *Nabrani na polisy*, „Przegląd" 2002, nr 48(154), z 2 grudnia.
Encyklopedia Blackwella: Psychologia społeczna, red. A.S.R. Manstead, M. Hewstone, Warszawa 1995, 1996.
Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Poznań 2001.
Furtak R., *Marketing partnerski na rynku usług*, Warszawa 2003.
Gajewski S., *Zachowanie się konsumenta a współczesny marketing*, Łódź 1994.
Garbarski L., *Koszty a efekty pozyskiwania i utrzymania nabywców*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2004, nr 179.
Garczarczyk J., *Determinanty jakości usług w opinii menadżerów i klientów zakładów ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2002, nr 1/2.
Gardeła A., Budzanowska M., *Nowy niezależny konsument*, „Marketing w Praktyce" 2002, nr 6.
Gniadek S., Rutkowski P., *Czynniki wpływające na rozwój zakładów ubezpieczeń i rynku ubezpieczeniowego w Polsce. Bariery i perspektywy rozwoju*, w: *Ubezpieczenia społeczne i gospodarcze*, red. M. Pierzchalska, Radom 2000.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Górniak J., *Pierwsze kroki w analizie danych: SPSS for Windows*, Kraków 2003.
Górski W., *Zawarcie umowy ubezpieczeniowej*, w: *Studia ubezpieczeniowe*, red. T. Sangowski, Poznań 1998.
Hadyniak B., *Produkty ubezpieczeń na życie*, w: *Podstawy ubezpieczeń. Tom II – produkty*, red. J. Monkiewicz, Warszawa 2001.
Hill N., Alexander J., *Pomiar satysfakcji i lojalności klientów*, Kraków 2003.
Holzer J.Z., *Demografia*, Warszawa 2003.
Ilościowe i jakościowe metody badania rynku. Pomiar i jego skuteczność, red. J. Garczarczyk, „Zeszyty Naukowe AE", Poznań 2006.
Iwko J., *Gwarancją konkurencyjności i wierności klientów jest jakość usług*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2001, nr 11/12.
Iwko J., *Jakość usług ubezpieczeniowych*, „Problemy Jakości" 2007, nr 2.
Iwko J., *Znaczenie jakości w działalności marketingowej zakładów ubezpieczeń*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2006, nr 5/6.
Jakość usług bankowych i ubezpieczeniowych. Diagnoza, determinanty, segmentacja, red. J. Garczarczyk, Poznań 2000.
Jaworski M., *W poszukiwaniu zielonych pól*, „Nowe Ubezpieczenia" 2003, nr 2.
Jóźwiak J., Podgórski J., *Statystyka od podstaw*, Warszawa 2001.
Kaczała M., *Dystrybucja ubezpieczeń przez Internet – możliwości i zakres wykorzystania w Polsce*, „Prawo Asekuracyjne" 2005, nr 4.
Kaczmarczyk S., *Pomiar a zbieranie danych w badaniach marketingowych*, w: *Ilościowe i jakościowe metody badania rynku. Pomiar i jego skuteczność*, red. J. Garczarczyk, „Zeszyty Naukowe AE", Poznań 2006.
Kieżel E., *Kierunki zmian w zachowaniach konsumentów a marketing*, „Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe AE w Katowicach" 2001, nr 17.
Kieżel E., *Zachowania konsumpcyjne konsumentów i gospodarstw domowych*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, red. E. Kieżel, Katowice 2000.
Konsument i jego wybory rynkowe, red. E. Kieżel, Katowice 2002.
Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Warszawa 1983.
Kostrz-Malasińska K., *Postawy wobec promocji ubezpieczeń jako czynnik kształtujący wybory produktów ubezpieczeniowych*, „Zeszyty Naukowe AE w Krakowie" 2001, nr 558.
Kotler P., *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Warszawa 1994.
Kowal J., *Metody statystyczne w badaniach sondażowych rynku*, Warszawa 1998.
Kowalewski E., *Reforma polskiego prawa ubezpieczeń gospodarczych w latach 1990–2001*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Bydgoszcz–Poznań 2002.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Kramer J., *Przegląd metod analizy rynku*, w: *Badania rynkowe i marketingowe*, red. J. Kramer, Warszawa 1994.
Kufel-Siemińska A., *Dystrybucja usług ubezpieczeniowych w Polsce w latach 1998–2005*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2007, nr 1176.
Kufel-Siemińska A., *Role pośredników ubezpieczeniowych jako uczestników rynku ubezpieczeniowego*, w: *Studia ubezpieczeniowe*, red. T. Sangowski, Poznań 1998.
Kurek R., *Innowacyjność zakładów ubezpieczeń jako element wpływający na ich konkurencyjność*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2001, nr 899.
Kwiecień I., *Konkurencja na rynku ubezpieczeń z punktu widzenia decyzji konsumenta*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2001, t. 2, nr 890.
Kwiecień I., *Rola i istota ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Warszawa 2002.
Kwiecień I., *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Warszawa 2002.
Lisiecki K., *Najważniejsze rodzaje ubezpieczeń na życie*, w: *Ubezpieczenia społeczne i na życie. Stan i perspektywy*, red. H. Worach-Kardas, Łódź 2004.
Ludwichowska K., *Polskie prawo ubezpieczeniowe po nowelizacji na tle standardów prawa unijnego*, „Prawo Asekuracyjne" 2004, nr 4.
Łańcucki J., *Rynek ubezpieczeniowy w Polsce. Cechy charakterystyczne i determinanty rozwoju*, „Prawo Asekuracyjne" 2003, nr 4.
Łazowski J., *Wstęp do nauki o ubezpieczeniach*, Warszawa 1934, Sopot [ca 1998].
Małysa-Kaleta A., *Ekonomiczne determinanty konsumpcji w polskich gospodarstwach domowych*, w: *Konsument i jego wybory rynkowe*, red. E. Kieżel, Katowice 2002.
Marciniak B., *Badanie satysfakcji klientów – problemy i metody badawcze*, „Marketing i Rynek" 2000, nr 11.
Marketingowe badania bezpośrednie – zastosowania, red. R. Milic-Czerniak, Warszawa 2005.
Mazurek-Łopacińska K., *Zachowania nabywców i ich konsekwencje marketingowe*, Warszawa 2003.
Mazurek-Łopacińska K., *Zachowania nabywców jako podstawa strategii marketingowej*, Wrocław 1997.
Michalski T., *Statystyka*, Warszawa 1994.
Michalski T., Pajewska R., *Ubezpieczenia gospodarcze*, Warszawa 2001.
Mitrowski D., *Polisa na życie* (cz. I), „Prawo Przedsiębiorcy" 2002, nr 44.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Mituś A., *CRM – system zarządzania relacjami z klientem*, „Humanizacja Pracy" 2006, nr 4/5.
Mocek M., Spychała M., *Rynek ubezpieczeń w Polsce w latach 1992–1996 – tendencje zmian*, w: *Rynek ubezpieczeń na życie w Polsce. Teraźniejszość i przyszłość*, J. Garczarczyk, Poznań 1997.
Monkiewicz J., *Polski rynek ubezpieczeń w UE. Nowe zasady i nowa rzeczywistość*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2005, nr 1/2.
Monkiewicz J., *Produkty ubezpieczeniowe – istota, cechy, rodzaje*, w: *Podstawy ubezpieczeń. Tom II – produkty*, red. J. Monkiewicz, Warszawa 2001.
Monkiewicz J., *Umowa ubezpieczenia na życie*, w: *Podstawy ubezpieczeń. Tom II – produkty*, red. J. Monkiewicz, Warszawa 2001.
Monkiewicz J., Gąsiorkiewicz L., Hadyniak B., *Zarządzanie finansami ubezpieczeń*, Warszawa 1999.
Monkiewicz J., Pazio N., *Marketing ubezpieczeniowy i komunikacja marketingowa*, w: *Podstawy ubezpieczeń. Tom III – przedsiębiorstwo*, red. J. Monkiewicz, Warszawa 2003.
Mruk H., *Proces sprzedaży ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Bydgoszcz–Poznań 2002.
Nawojczyk M., *Przewodnik po statystyce dla socjologów*, Kraków 2002.
Nieżurawski L., Pawłowska B., *Blueprinting – bardziej skuteczne podejście do spełnienia oczekiwań klienta*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici" 2007, z. 387.
Nieżurawski L., Witkowska J., *Pojęcie satysfakcji klienta*, „Problemy Jakości" 2007, nr 7.
Nowatorska-Romaniak B., *Analiza czynników wpływających na wybór firmy ubezpieczeniowej*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2001, nr 7/8.
Nowatorska-Romaniak B., *Marketing usług ubezpieczeniowych*, Warszawa 1996.
Nowatorska-Romaniak B., *„Produkt" w świadczeniu usług ubezpieczeniowych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 1995, nr 4/6.
Olechnicki K., Załęcki P., *Słownik socjologiczny*, Toruń 1997.
Państwowy Urząd Nadzoru Ubezpieczeń, *Przegląd dziesięciolecia. Rozwój ubezpieczeń w Polsce w gospodarce rynkowej*, [b.m.r.].
Pawleta K., *Przyczyny rezygnacji z polis ubezpieczeniowych na życie (w świetle badań ankietowych)*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2005, nr 1/2.
Pawłowska W., *Jak połączono ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 2003, nr 14.
Payne A., *Marketing usług*, Warszawa 1996.
Pazio N.M., Formanowska A., *Struktura świadomości ubezpieczeniowej w świetle badań*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2002, nr 3/4.
Pietrzak J., *Zarządzanie procesem lojalności konsumenckiej*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2004, nr 179.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Pinson Ch., Jolibert A., *Zachowanie konsumenta – przegląd aktualnych koncepcji i zagadnień*, w: *Zachowanie konsumenta. Koncepcje i badania europejskie*, red. M. Lambkin i in., Warszawa 2001.
Płonka M., *Instytucje polskiego rynku ubezpieczeniowego*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, Kraków 2007.
Podstawy marketingu, red. J. Altkorn, Kraków 1997.
Podstawy ubezpieczeń. Tom II – produkty, red. J. Monkiewicz, Warszawa 2001.
Podstawy ubezpieczeń. Tom III – przedsiębiorstwo, red. J. Monkiewicz, Warszawa 2003.
Regionalny program rozwoju na tle strategii UE „Europa 2020" z uwzględnieniem roli ubezpieczeń – na przykładzie województwa świętokrzyskiego, red. I. Jędrzejczyk, Poznań 2012.
Rodek K., Visan J., *Marketing ubezpieczeń na życie*, Warszawa 1996.
Rodzinka J., *Scoringowa metoda pomiaru lojalności klientów zakładów ubezpieczeń działu II*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2007, nr 1176.
Roeske-Słomka I., *Podstawy statystyki*, Koszalin 1997.
Rogowski S., Kawiński M., *Niektóre uwarunkowania zjawiska rezygnacji z ubezpieczeń życiowych w świetle obserwacji Rzecznika Ubezpieczonych*, „Forum Dyskusyjne Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych", KNUiFE 2004, z. 1.
Rogoziński K., *Nowy marketing usług*, Poznań 1998.
Ronka-Chmielowiec W., *Rys historyczny ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko*, red. W. Ronka-Chmielowiec, Warszawa 2002.
Rószkiewicz M., *Metody ilościowe w badaniach marketingowych*, Warszawa 2002.
Rószkiewicz M., *Zabezpieczenie własnej starości na tle innych potrzeb Polaków*, „Polityka Społeczna" 2003, nr 9.
Rudawska E., *Lojalność klientów*, Warszawa 2005.
Rudnicki L., *Zachowania rynkowe nabywców. Mechanizmy i uwarunkowania*, Kraków 2004.
Rynek ubezpieczeń na życie w Polsce. Teraźniejszość i przyszłość, red. J. Garczarczyk, Poznań 1997.
Rynek ubezpieczeń. Współczesne problemy, red. W. Sułkowska, Warszawa 2013.
Rynkowe zachowania konsumentów, red. E. Kieżel, Katowice 2000.
Sangowski T., *Ewolucja struktury produktowej ubezpieczeń życiowych w Polsce*, w: *Rynek ubezpieczeń na życie w Polsce. Teraźniejszość i przyszłość*, red. J. Garczarczyk, Poznań 1997.
Sangowski T., *Polski rynek ubezpieczeń – stan i kierunki rozwoju*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Bydgoszcz–Poznań 2002.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Sarapata J., *Reklama ubezpieczeń*, Warszawa 1998.
Sawicki P., *Rozwój polskiego prawa ubezpieczeniowego*, „Asekuracja & Re" 1999, nr 6.
Schultz R., *Korzystna promocja ubezpieczycieli*, „Home & Market" 2009, nr 6.
Semenowicz A., *Komentarz do ustawy z dn. 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 2003, nr 29.
Skarbek M., *Rakiem do Europy – rozmowa z Jerzym Wysockim, prezesem Polskiej Izby Ubezpieczeń*, „Asekuracja & Re" 2000, nr 9.
Skorb M., *Instytucja powiatowego rzecznika konsumentów w kontekście ochrony praw ubezpieczonych konsumentów*, „Monitor Ubezpieczeniowy" 1999, nr 5.
Skrzypek A., *Satysfakcja i lojalność klienta w konkurencyjnym otoczeniu*, „Problemy Jakości" 2007, nr 7.
Słownik języka polskiego, red. M. Szymczak, Warszawa 1993.
Smyczek S., *Badanie lojalności konsumentów na rynku z wykorzystaniem metody TRI*M*, w: *Marketingowe badania bezpośrednie – zastosowania*, red. R. Milic-Czerniak, Warszawa 2005.
Smyczek S., *Lojalność konsumentów na rynku*, Katowice 2001.
Smyczek S., *Modele rynkowych zachowań konsumentów*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, red. E. Kieżel, Katowice 2000.
Smyczek S., *Modele zachowań konsumentów na rynku usług finansowych*, Katowice 2007.
Smyczek S., *Uwarunkowania i czynniki kształtujące zachowania konsumentów na rynku usług finansowych*, w: *Zachowania podmiotów na rynku w warunkach konkurencji*, red. G. Sobczyk, Lublin 2006.
Smyczek S., Sowa I., *Konsument na rynku. Zachowania, modele, aplikacje*, Warszawa 2005.
Sobczyk M., *Statystyka. Podstawy teoretyczne. Przykłady – zadania*, Lublin 2000.
Sordyl G., *Rozwój prawa ubezpieczeń gospodarczych w Polsce*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, Kraków 2007.
Sowa I., *Hierarchia potrzeb konsumpcyjnych – istota, kryteria, charakterystyka*, w: *Rynkowe zachowania konsumentów*, red. E. Kieżel, Katowice 2000.
Sowa I., *Zachowania rynkowe młodych konsumentów. Reklama jako determinanta zachowań*, Prace Naukowe AE w Katowicach, Katowice 2001.
Springer A., *Zarządzanie jakością usług w bankach i zakładach ubezpieczeń*, w: *Jakość usług bankowych i ubezpieczeniowych. Diagnoza, determinanty, segmentacja*, red. J. Garczarczyk, Poznań 2000.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Stefanicka A., *Jakość usług ubezpieczeniowych – wybrane zagadnienia*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2001, nr 9/10.
Stęplewska K., *Czynniki warunkujące popyt na ubezpieczenia na życie w Polsce w świetle badań*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2010, nr 244.
Stęplewska K., *Indywidualne ubezpieczenia na życie w województwie świętokrzyskim – charakterystyka porównawcza 2012*, w: *Regionalny program rozwoju na tle strategii UE „Europa 2020" z uwzględnieniem roli ubezpieczeń – na przykładzie województwa świętokrzyskiego*, red. I. Jędrzejczyk, Poznań 2012.
Stęplewska K., *Rola innowacji w ofercie produktowej dla klientów indywidualnych – Towarzystw Ubezpieczeń na Życie na przykładzie PZU Życie*, w: *W kierunku gospodarki opartej na wiedzy: innowacyjność, konkurencyjność, współpraca w regionie*, red. J. Kot, Kielce 2006.
Stęplewska K., *Świadomość ubezpieczeniowa klientów towarzystw ubezpieczeń na życie w województwie świętokrzyskim (analiza statystyczna danych ankietowych)*, w: *Rynek ubezpieczeń. Współczesne problemy*, red. W. Sułkowska, Warszawa 2013.
Stęplewska K., *Znaczenie komunikacji pomiędzy ubezpieczonym a ubezpieczycielem w budowaniu lojalności klientów zakładów ubezpieczeń na życie*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2011, nr 259.
Stroiński E., *Przejściowe zjawisko rezygnacji z ubezpieczeń życiowych czy stabilizacja rynku?*, „Forum Dyskusyjne Ubezpieczeń i Funduszy", KNUiFE 2004, z. 1.
Stroiński E., *Tendencje zmian w ubezpieczeniach na życie w Polsce*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2000, nr 9/10.
Stroiński E., *Ubezpieczenia na życie. Teoria i praktyka*, Warszawa 2003.
Stroiński E., *Ubezpieczenia osobowe*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Bydgoszcz–Poznań 2002.
Studia ubezpieczeniowe, red. T. Sangowski, Poznań 1998.
Sułkowska W., *Geneza ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, Kraków 2007.
Sułkowska W., *Ubezpieczenia. Zagadnienia podstawowe*, Prace Naukowe WSZiB, poz. 35, Kraków 2001.
Sułkowska W., *Ubezpieczenia życiowe*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, Kraków 2007.
Swiss Re, „Sigma" 2001, No. 6; 2002, No. 6; 2003, No. 8; 2004, No. 3; 2005, No. 2; 2006, No. 5; 2007, No. 4.
Szczepańska M., *Ubezpieczenie na życie. Aspekty prawne*, Warszawa 2008.
Szczepańska-Bębenek M., *Charakter prawny ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2005, nr 5/6.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Szczęśniak M., *Zarys dziejów ubezpieczeń na ziemiach polskich*, Warszawa 2003.
Szewieczek D., *Skutki finansowe dla stron umowy ubezpieczenia na życie*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe" 2002, nr 11/12.
Szkarłat A., *Wybrane elementy finansów zakładów ubezpieczeń*, w: *Ubezpieczenia*, red. W. Sułkowska, Kraków 2007.
Szpunar A., *Oznaczenie uposażonego w ubezpieczeniu na życie*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, red. T. Sangowski, Bydgoszcz–Poznań 2002.
Szreder M., *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, Warszawa 2004.
Szromnik A., *Rynek ubezpieczeniowy. Społeczne problemy kształtowania i funkcjonowania*, Kraków 2001.
Sztompka P., *Zaufanie: podstawa relacji społecznych*, „Krytyczna Teoria Organizacji" 1998, nr 3.
Szumlicz T., *Atrybuty świadomości i przezorności ubezpieczeniowej,* „Rozprawy Ubezpieczeniowe" 2006, z. 1.
Śliwiński A., *Ryzyko ubezpieczeniowe. Taryfy – budowa i optymalizacja*, Warszawa 2002.
Światowy G., *Zachowania konsumentów*, Warszawa 2006.
Światowy G., Pluta-Olearnik M., *Kreowanie lojalności klientów poprzez markę i jakość usług*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu" 2000, nr 852, t. 2.
Tadla A., *Umowa ubezpieczenia na życie*, Warszawa 2000.
Truskolaski T., *Rola innowacji w ubezpieczeniach gospodarczych*, „Zeszyty Naukowe WSFiZ w Białymstoku" 1999, nr 1.
Ubezpieczenia, red. W. Sułkowska, Kraków 2007.
Ubezpieczenia. Rynek i ryzyko, red. W. Ronka-Chmielowiec, Warszawa 2002.
Ubezpieczenia gospodarcze. Ryzyko i metodologia oceny, red. T. Michalski, A. Karmańska, A. Śliwiński, Warszawa 2004.
Ubezpieczenia społeczne i gospodarcze, red. M. Pierzchalska, Radom 2000.
Ubezpieczenia społeczne i na życie. Stan i perspektywy, red. H. Worach-Kardas, Łódź 2004.
Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej, red. T. Sangowski, Bydgoszcz–Poznań 2002.
Ubezpieczenia życiowe, red. O. Doan, Warszawa 1996.
Vademecum ubezpieczeń gospodarczych, red. T. Sangowski, Poznań 1998.
W kierunku gospodarki opartej na wiedzy: innowacyjność, konkurencyjność, współpraca w regionie, red. J. Kot, Kielce 2006.
Wieteska S., *Rozwój ubezpieczeń życiowych i majątkowo-osobowych w Polsce w latach 1990–2000 jako element rynku kapitałowego*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica" 2004, nr 177.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Wilczyńska J., *Najlepsze Aegon i PZU Życie*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 2006, z 23 maja.
Wilczyńska J., *Nationwide przed PZU Życie*, „Gazeta Ubezpieczeniowa" 2005, z 8 listopada.
Wilmańska-Sosnowska S., *Lojalność klienta jako wyzwanie współczesnego marketingu*, „Acta Universitatis Lodzienis. Folia Oeconomica" 2004, nr 179.
Witkowska J., *Kanały dystrybucji usług ubezpieczeniowych*, Toruń 2008.
World insurance in 2006, Swiss Re, „Sigma" 2007, No. 4.
Zachowania podmiotów na rynku w warunkach konkurencji, red. G. Sobczyk, Lublin 2006.
Zachowanie konsumenta. Koncepcje i badania europejskie, red. M. Lambkin i in., Warszawa 2001.
Zarządzanie ryzykiem w ubezpieczeniach, red. W. Ronka-Chmielowiec, Wrocław 2000.
Zduńczyk-Skup B., *Zjawisko rezygnacji z polis życiowych – naturalna korekta rynku?*, „Forum Dyskusyjne Ubezpieczeń i Funduszy", KNUiFE 2004, z. 1.
Zeliaś A., Pawełek B., Wanat S., *Metody statystyczne. Zadania i sprawdziany*, Warszawa 2002.
Zjawisko rezygnacji z ubezpieczeń życiowych, red. T. Szumlicz, „Forum Dyskusyjne Ubezpieczeń i Funduszy Emerytalnych", KNUiFE 2004, z. 1.
Żabiński L., *System decyzyjny w gospodarce*, w: *Badania rynkowe i marketingowe*, red. J. Kramer, Warszawa 1994.
Żyniewicz M., Załupka D., *Vademecum przyszłego emeryta*, Wrocław 2000.

Strony internetowe

www.aigbank.pl [dostęp: 5 lutego 2008]
www.cu.pl [dostęp: 16 stycznia 2008 oraz 11 marca 2010]
www.deutsche-bank-pbc.pl [dostęp: 5 lutego 2007]
www.knf.gov.pl [dostęp: 31 grudnia 2007]
www.pkobp.pl [dostęp: 5 lutego 2007]
www.pzu.pl [dostęp: 16 stycznia 2008]
www.rzu.gov.pl [dostęp: 3 stycznia 2008]
www.ufg.pl [dostęp: 28 grudnia 2007]
http://encyklopedia.pwn.pl [dostęp: 2 lipca 2008]

Materiały źródłowe

Amplico Life – Raport roczny 1998, www.amplicolife.pl [dostęp: 16 stycznia 2008].

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Amplico Life, Ogólne warunki ubezpieczenia produktów życiowych (stan sprzed 1998 r.).
Amplico Life, Ogólne warunki ubezpieczenia produktów życiowych (stan na 2008 r.).
Biuletyny roczne KNF 2001–2006.
Commercial Union, Ogólne warunki ubezpieczenia (stan sprzed 1998 r.).
Commerical Union, Ogólne warunki ubezpieczenia (stan na 2008 r.).
PZU Życie – Sprawozdanie roczne 1996.
PZU Życie, Ogólne warunki ubezpieczenia (stan sprzed 1998 r.).
PZU Życie, Ogólne warunki ubezpieczenia (stan na 2008 r.).
Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz.U. z 1964 r. Nr 16 poz. 93 z późniejszymi zmianami.
Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniach majątkowych i osobowych, Dz.U. z 1989 r. Nr 30 poz. 160.
Ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz.U. z 1990 r. Nr 59 poz. 344 z późn. zm.
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, Dz.U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1151 z późn. zm.
Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, Dz.U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1154 z późn. zm.
Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2007 r. Nr 82 poz. 557.
Ustawa z dnia 18 lutego 2005 r. o zmianie ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. z 2005 r. Nr 48 poz. 447.

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Spis tabel

1.1. Liczba zakładów ubezpieczeń na życie działających w latach 1991–2006 z uwzględnieniem pochodzenia kapitału 41
1.2. Nominalna wartość kapitałów podstawowych zakładów ubezpieczeń na życie i udział kapitału zagranicznego w latach 1991–2006 41
1.3. Struktura rynku ubezpieczeń na życie wg grup ubezpieczeniowych w latach 1991–2006 44
1.4. Udział składki przypisanej brutto zakładów ubezpieczeń w PKB oraz wartość składki przypadająca na jednego mieszkańca Polski w latach 1991–2006 (Dział I) 50
1.5. Klasyfikacja ubezpieczeń na życie 55
1.6. Kanały dystrybucji ubezpieczeń indywidualnych w 2006 roku . . . 70
3.1. Wiek respondentów wg płci 121
3.2. Rok zawarcia umowy wg towarzystwa ubezpieczeniowego 124
3.3. Rodzaj zawartego ubezpieczenia wg towarzystwa ubezpieczeniowego 125

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

Spis wykresów

1.1. Udział w rynku trzech i pięciu największych towarzystw ubezpieczeń na życie wg składki przypisanej brutto w latach 1991–2006 42
1.2. Udział w rynku AL, CU, PZU Życie wg składki przypisanej brutto w latach 1991–2006 42
1.3. Udział w rynku ubezpieczeń indywidualnych i grupowych wg składki przypisanej brutto 43
1.4. Składka ubezpieczeniowa brutto, odszkodowania i świadczenia wypłacone brutto, ich dynamika oraz dynamika PKB w latach 1991–2006 47
1.5. Koszty akwizycji i administracyjne oraz ich dynamika w latach 1991–2006 48
1.6. Wynik finansowy netto zakładów ubezpieczeń na życie oraz jego dynamika w latach 1991–2006 48
3.1. Wiek w momencie zawierania umowy i w momencie przeprowadzania badania 122
3.2. Status zawodowy w momencie zawierania umowy i w momencie przeprowadzania badania 122
3.3. Dochody miesięczne na jedną osobę w gospodarstwie domowym oraz miesięczne wydatki na ubezpieczenie 123
3.4. Opcje dodatkowe w momencie zawierania umowy i w momencie przeprowadzania badania 126
3.5. Rodzaj wybranego produktu, gdyby decyzja o zakupie była podejmowana w momencie przeprowadzania badania 126
3.6. Przyczyny zawarcia umowy ubezpieczenia 131
3.7. Źródła wiedzy o ubezpieczeniach na życie 132
3.8. Sposób kontaktowania się ubezpieczonego z towarzystwem ubezpieczeniowym 134
3.9. Przyczyny wyboru towarzystwa ubezpieczeniowego 138
3.10. Stopień zadowolenia z usług wybranego ubezpieczyciela 140
3.11. Przyczyny kontynuowania zawartej umowy ubezpieczenia 145
3.12. Przyczyny rezygnacji z zawartej umowy ubezpieczenia 146

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

3.13. Czynniki decydujące o ocenie jakości ubezpieczeniowej 148
3.14. Oceny wystawione przez ankietowanych w momencie zawierania umowy i przeprowadzania badania 151
3.15. Łączna ocena w momencie zawierania umowy i przeprowadzania badania 151
3.16. Świadczenia przysługujące z tytułu umowy podstawowej i umów dodatkowych 156
3.17. Zmiany dokonane w posiadanej umowie ubezpieczenia 157
3.18 Opinia ubezpieczonych o ubezpieczycielu i produkcie 161

Plik zabezpieczony watermarkiem jawnym i niejawnym: 8780743A64613932

ISBN 978-83-7133-660-7